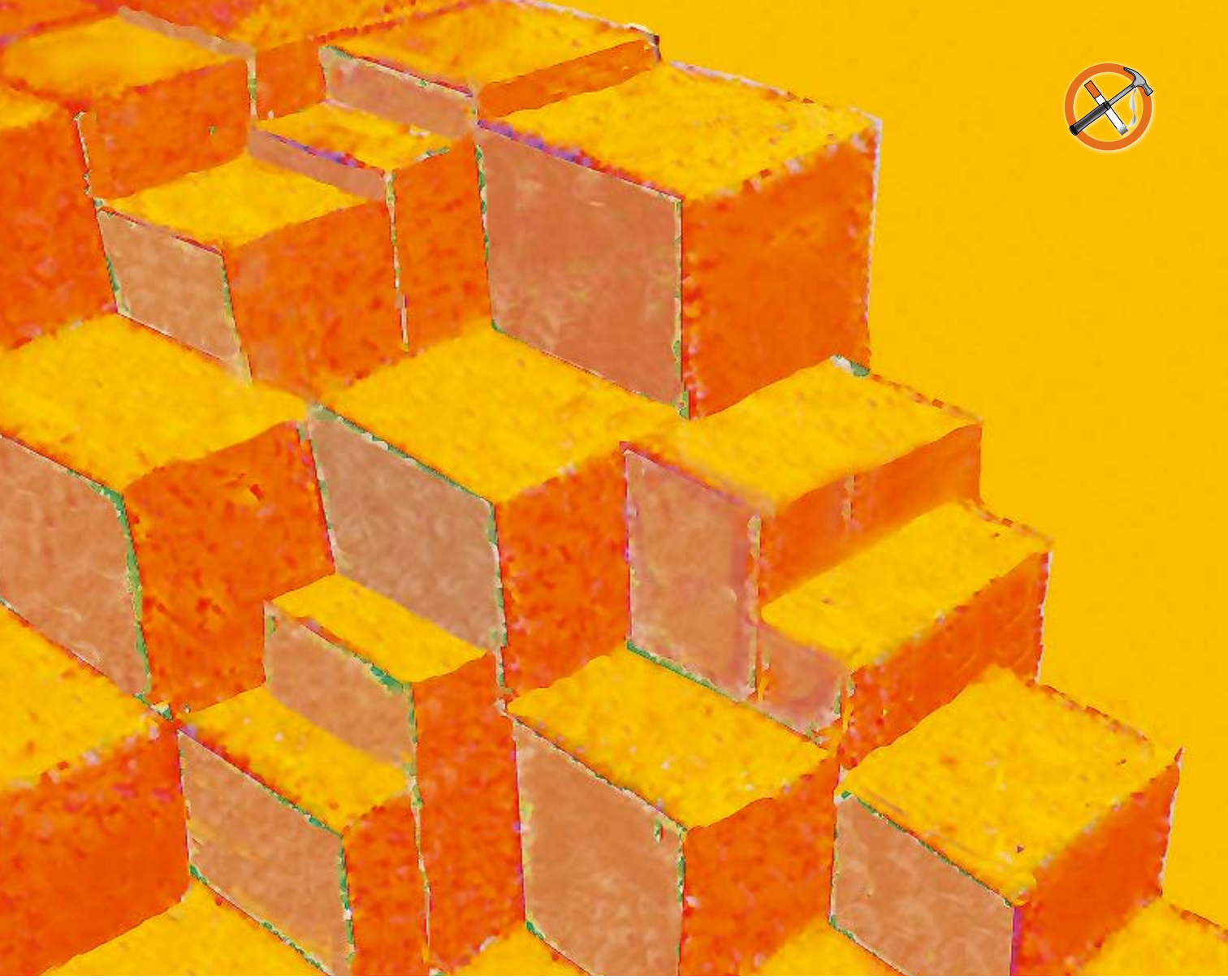


Organisation mondiale de la Santé

Guide pour la mise en place de L'ACTION ANTITABAC

Outils pour
poursuivre la
lutte antitabac
au XXIe siècle

Guide pour la mise en place de l'action antitabac

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac.
Guide pour la mise en place de l'action antitabac.

(Outils pour poursuivre la lutte antitabac au XXIe siècle)

1. Tabagisme – prévention et contrôle. 2. Tabac – effets indésirables. 3. Industrie tabac – législation. 4. Programme national santé – organisation et administration. 5. Manuel. I. Titre. II. Serie.

ISBN 92 4 254658 5 (Classification LC/NLM: HV 5763)

© Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en

Table des matières

Glossaire vii

Remerciements ix

Avant-propos xiii

Résumé d'orientation xv
Vue d'ensemble xvi
Résumés des chapitres xvii

Introduction xxiii
L'enjeu xxiv
La construction de capacités nationales xxiv

PREMIÈRE PARTIE :
LES FONDEMENTS THÉORIQUES DE LA LUTTE ANTITABAC

1 Le tabac en tant que facteur de risque : coûts sanitaires, économiques et sociaux 3
La charge de morbidité 4
La consommation de tabac 6
Les coûts économiques et sociaux de l'usage du tabac 10

2 L'industrie du tabac 15
Introduction 16
L'expansion mondiale des multinationales : la propagation de l'épidémie de tabagisme au monde en développement 27
Des changements politiques et économiques qui favorisent l'expansion de l'industrie 27
La création de nouveaux marchés : les stratégies de l'industrie dans quelques pays 27
Conclusion 28

3 Les bases scientifiques des interventions antitabac 35
Commencer à fumer, cesser de fumer : les effets des interventions 39
Rapport coût/efficacité de diverses interventions antitabac 39
Les bénéfices de la lutte antitabac 40
Conclusion 41

4 La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT OMS) : la solution politique 45
Mondialisation et droit international 46
La CCLAT OMS et la mondialisation de l'épidémie de tabagisme 47
Le processus de la CCLAT OMS et ses enseignements 48
La phase post-adoption dans le processus de la CCLAT OMS 56
Conclusion 57

DEUXIÈME PARTIE : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

5 L'élaboration d'un plan d'action national 63
Choisir les architectes : l'établissement d'un organe national de coordination 64
Déterminer les besoins et les ressources : la conduite d'une analyse de situation 68
Définir l'orientation stratégique 70
Élaborer le schéma d'action : la rédaction du plan national 71
Une garantie de légitimité : l'adoption officielle du plan d'action 73
Le lancement du plan d'action national 73
Considérations diverses 74
Questions sensibles à examiner en élaborant le plan d'action 74

6 Des infrastructures efficaces pour les programmes antitabac 79
Vue d'ensemble 80
La coordination nationale du PNAT 81

7 Formation et éducation 93
Connaître le pays : les liens entre l'évaluation des besoins et les décisions en matière de formation et d'éducation 95
Annexe 1 : Ateliers 117

8 Communiquer et sensibiliser pour atteindre la masse critique 119
Introduction 120
Première étape : planification et stratégies 122
Deuxième étape : choix des canaux et matériels 127
Troisième étape : élaborer et valider les messages et matériels 133
Quatrième étape : exécuter efficacement le programme 136
Cinquième étape : évaluation des résultats 137
Mesurer les changements 139

Enfin, prévoir la suite 140
Les campagnes de lutte antitabac 141

9 L'action dans les médias 145
Innover dans les médias 150
Créer des matériels pour les médias 153
Enfin, le média comme partie à la lutte antitabac 154
Annexe 1 : Communiqué de presse 159
Annexe 2 : Courrier des lecteurs 161

10 Choix et programmation des actions antitabac 163
Introduction 164
La prévention 164
Le sevrage 168
La protection 170
Les populations à hauts risques 172
La mobilisation communautaire 173

11 Mesures législatives et réglementaires 181
Le guide introductif de l'OMS à la législation antitabac 182
Mesures législatives de lutte antitabac 183
Influencer le législateur 184
Instruments et stratégies pour l'application et le respect de la législation 186
Exploiter l'expérience législative internationale 189
Conclusion 190

12 Étude des mesures économiques et des initiatives de financement 193
Introduction 194
Éléments sur les prix et la consommation du tabac 194
L'emploi de mesures économiques contre l'usage du tabac 197
Les initiatives financières de lutte antitabac 211
Conclusion 212

13 Comment affronter l'industrie du tabac 215
Introduction 216
La première riposte à l'industrie : bien la connaître 216
Autres actions contre l'industrie du tabac 217
La CCLAT OMS : une aide internationale aux pays pour affronter l'industrie du tabac 227
Résumé 227
Annexe 1 : Accès et exploration des documents internes de l'industrie du tabac ... 230

14 Constituer des partenariats efficaces 235
Le rôle des ONG 236
Ce que peuvent faire les ONG 238

Les structures du mouvement antitabac 241

15 Suivi, surveillance, évaluation et rapports 245
Introduction et définitions 246
La surveillance 247
Le suivi 259
L'administration de la surveillance et de l'évaluation 269
Annexe 1 : Questionnaire STEPS pour les facteurs de risque des MNT 271
Annexe 2 : Guide d'instructions sur les questions portant sur le tabagisme 284

16 Recherche et échange d'informations 287
Introduction 288
Des hypothèses aux politiques 288
La recherche et l'échange d'informations en matière de lutte antitabac et la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT OMS) 290
Les défis d'une recherche efficace pour la lutte antitabac 296
La recherche dans la sensibilisation 298
Comprendre les mécanismes d'échange d'informations 300
Communiquer les éléments à l'appui de la lutte antitabac 306
Conclusion 306

Glossaire

AFTA..... American Free Trade Area – la zone américaine de libre-échange
APACT..... Asia Pacific Association for the Control of Tobacco
ASEAN ..... l'Association des pays du Sud-Est asiatique
ASH ..... Action on Smoking and Health – Thailand
BAT ..... British American Tobacco
BPM ..... Les Biens Publics Mondiaux
CCLAT OMS . La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac
CDC ..... Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta
CIM ..... La Classification Internationale des Maladies
CNCT ..... le Comité National Contre le Tabagisme
CPHA ..... l'Association Canadienne de Santé Publique
CRDI ..... le Centre de Recherches pour le Développement International
CSR ..... Corporate Social Responsibility – le programme de responsabilité sociale d'entreprise
C-TOB ..... The Clearinghouse for Tobacco Control
DALY..... Disability Adjusted Life Year – années de vie ajustées sur l'incapacité
EMS ..... L'Enquête Mondiale sur la Santé
EMRO ..... Le bureau régional de la Méditerranée orientale
EURO ..... Le bureau régional de l'Europe
FAO ..... l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'agriculture
FIFA ..... la Fédération Internationale de Football Association
FMI ..... le Fonds Monétaire International
FNU ..... la Fondation des Nations Unies
FTE ..... la Fumée de Tabac Environnementale
GATT ..... l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce
GCC ..... Conseil de Coopération du Golfe
GYTS ..... Global Youth Tobacco Survey – l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes
HSC ..... Le conseil néo-zélandais de protection de la santé
IARC ..... le Centre International de Recherche sur le Cancer
IATH ..... International Agency on Tobacco or Health – l'Agence internationale sur le tabac ou la santé
INFOTAB ..... Le Centre international d'information sur le tabac
JMST ..... La Journée Mondiale Sans Tabac
JTI..... Japan Tobacco International
MNT ..... les Maladies Non Transmissibles
MSA ..... Master Settlement Agreement
NAFTA ..... l'Accord nord-américain de libre-échange
OIT ..... l'Organisation Internationale du Travail
OMC..... l'Organisation Mondiale du Commerce

OMS ..... l'Organisation Mondiale de la Santé
ONG ..... Organisation Non Gouvernementale
PLV ..... la Publicité sur les Lieux de Vente
PM ..... Philip Morris
PNAT ..... le Programme National Anti- Tabac
PNUD ..... le Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUE ..... le Programme des Nations Unies pour l'Environnement
RMCT ..... La Recherche pour la lutte Mondiale Contre le Tabac
RR ..... le Risque Relatif
SDR..... Standardized Death Rate – Taux de mortalité standardisé
SIDA..... le Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIS ..... Système d'Information Sanitaire
SMSN ..... le Syndrome de Mort Subite du Nourrisson
SRAS ..... le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
STEPS ..... L'approche "STEPwise" de la surveillance
TIC ..... Technologies de l'Information et de la Communication
TFI ..... Tobacco Free Initiative – l'Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac
TSN ..... Traitement de Substitution Nicotinique
TVA..... La Taxe sur la Valeur Ajoutée
UICC ..... l'Union Internationale Contre le Cancer
UNICEF..... le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD..... United States Dollars
USDA..... United States Department of Agriculture
USM ..... Universiti Sains Malaysia
VicHealth ..... Fondation victorienne pour la promotion de la santé
VIH ..... le Virus d'Immuno-déficience Humaine
VIP..... Very Important Person

Remerciements

Nos remerciements vont aux Conseillers régionaux de l'Initiative antitabac pour leur participation à la préparation de ce manuel et leur assistance en vue de recenser les experts possédant une expérience concrète de la lutte antitabac qui y ont contribué.

L'édition et les contributions de base du présent manuel ont été assurées par :

Mme Vera Luiza da Costa e Silva
Directrice de l'Initiative pour un monde sans tabac,
Organisation mondiale de la Santé,
Genève

Mme Annette David
Ancienne Conseillère régionale de l'Initiative pour un monde sans tabac,
Organisation mondiale de la Santé,
Bureau régional du Pacifique occidental,
Département Santé mentale et abus des substances, Guam

Les principales contributions à la première partie du manuel (les fondements théoriques de la lutte antitabac) sont dues aux personnes suivantes :

M. Douglas Bettcher
Initiative pour un monde sans tabac,
Organisation mondiale de la Santé,
Genève (Suisse)

Mme Stella Aguinaga Bialous
Tobacco Policy International (États-Unis d'Amérique)

Mme Judith Mackay
Asian Consultancy on Tobacco Control,
Hong Kong RAS

M. Tibor Szilagyi
Health 21 Hungarian Foundation
(Hongrie)

Les principales contributions à la deuxième partie (de la théorie à la pratique) sont dues aux personnes suivantes :

Mme Chutima Akaleephan
International Health Policy Program
(Thaïlande)

Mme Annette Akinsete
Ministère fédéral de la santé, Abuja
(Nigéria)

M. Rahmat Awang
Clearinghouse for Tobacco Control,
Centre national antipoisons,
Universiti Sains Malaysia (Malaisie)

Mme Stella Aguinaga Bialous
Tobacco Policy International (États-Unis d'Amérique)

Mme Luisa Goldfarb
Coordination pour la prévention et la surveillance (CONPREV),
Ministère de la santé (Brésil)

Mme Dawn Hachey
Bureau de la prévention, du renoncement et de l'éducation,
Programme de la lutte au tabagisme,
Santé Canada, Ottawa (Canada)

Mme Muna Hamzeh
Département éducation et information en matière de santé,
Ministère de la santé (Jordanie)

Mme Martha Morrow
Australian International Health Institute,
Université de Melbourne (Australie)

Mme Kerryn Riseley
South East Asia Tobacco Control Alliance (Thaïlande)

M. Yussuf Saloojee
International Non Governmental Coalition Against Tobacco (INGCAT) (Afrique du Sud)

M. Diyanath Samarasinghe
Département de médecine psychologique,
Faculté de médecine,
Université de Colombo (Sri Lanka)

M. Tibor Szilagyi
Health 21 Hungarian Foundation (Hongrie)

M. Viroj Tangcharoensathein
International Health Policy Program (Thaïlande)

M. Claude Vilain
Initiative pour un monde sans tabac,
Organisation mondiale de la Santé,
Bureau régional de l'Europe, Copenhague (Danemark)

Nous remercions les personnes suivantes pour avoir révisé et enrichi les textes de ce manuel :

M. Timothy Armstrong
Organisation mondiale de la Santé,
Genève

Mme Samira Asma
Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis d'Amérique)

Mme Ayda Yurekli
Banque mondiale (États-Unis d'Amérique)

Mme Lydia Bendib
Organisation mondiale de la Santé,
Genève

M. Eduardo Bianco
Directeur de la lutte antitabac,
InterAmerican Heart Foundation (Uruguay)

Mme Ruth Bonita
Organisation mondiale de la Santé,
Genève

Mme Linda Bridgen
Centre de recherches pour le développement international (CRDI) (Canada)

M. Simon Chapman
École de santé publique
Université de Sydney (Australie)

Mme Snigdha Guha
Coopération technique indo-allemande pour la santé
Coopération technique allemande (GTZ) (Inde)

Mme Melinda Henry
Organisation mondiale de la Santé,
Genève

M. Ruben Israel
Globalink (Suisse)

M. Ehsan Latif
Network for Consumer Protection,
Islamabad (Pakistan)

M. Salah-Eddine Ottmani
Organisation mondiale de la Santé, Genève

M. David Simpson
International Agency on Tobacco and Health (Angleterre)

Mme Greer Van Zyl
Organisation mondiale de la Santé (Afrique du Sud)

M. Wick Warren
Centers for Disease Control and Protection (États-Unis d'Amérique)

Nos remerciements s'adressent également aux personnes suivantes de l'Initiative pour un monde sans tabac, qui ont relu les textes et y ont apporté des précisions techniques :

Mme Carmen Audera-López
Mme Poonam Dhavan
M. Jean-Yves Demeuron
Mme Lia Mamniashvili
M. William Onzivu
Mme Anne-Marie Perucic
Mme Lina Reinders
Mme Heide Richter-Airijoki
Mme Marta Seoane
Mme Gemma Vestal

Mme Poonam Dhavan, de l'Initiative pour un monde sans tabac, a assuré l'assistance éditoriale et supervisé l'ensemble de la production, avec l'appui administratif de Mme Sonia Huang. Nous remercions M. Adrien Dozol, qui a assuré la vérification finale avant impression. Nous remercions Mme Maria Cardines et Mme Mary Falvey, qui ont préparé la copie du manuel, ainsi que l'équipe de création d'Inís (www.inis.ie) pour ses précieuses compétences.

Avant-propos

Nous entrons aujourd'hui dans une nouvelle ère de la lutte antitabac. La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (CCLAT OMS) constitue un grand bond en avant dans la perspective de réduire le poids des décès et le nombre d'années de bonne santé perdues du fait de la consommation de tabac. Grâce à la CCLAT OMS, les efforts tendant à faire diminuer l'usage du tabac disposent désormais d'une coordination stratégique de nature à apporter dans les faits une réponse mondiale à l'un des plus graves facteurs de risques de décès prématurés et de maladies qui soit.

Les États Membres sont actuellement dans la phase de signature et de ratification de la Convention. Après son entrée en vigueur, la CCLAT OMS apportera aux pays un instrument puissant pour s'opposer à l'épidémie de tabagisme. Elle ne constitue toutefois qu'une partie de la solution à ce problème majeur de santé publique.

Si la CCLAT OMS procure son cadre d'action à la lutte antitabac, le travail concret contre l'usage du tabac devra incontestablement se dérouler au niveau national. Le succès de la CCLAT OMS reposera presque entièrement sur la capacité des pays à en appliquer les dispositions, et à les faire respecter. C'est pourquoi la construction et l'amélioration des capacités nationales de lutte antitabac dans chaque pays seront cruciales pour ce succès.

Le présent manuel répond à la nécessité de présenter aux gouvernements et aux ministères de la santé des orientations pratiques en vue de renforcer leur capacité à enrayer efficacement l'épidémie de tabagisme. Toutes les régions de l'OMS y sont représentées, et on s'est efforcé d'y exploiter concrètement les exemples et expériences des différents pays. Le plan du manuel tout comme son langage sont délibérément simples et directs, afin de permettre au plus grand nombre possible d'utilisateurs d'en tirer profit.

Ce manuel s'adresse en effet avant tout à un lectorat de niveau national; mais il pourra également intéresser les personnels impliqués aux niveaux régional ou local, et ceux du secteur privé.

En proposant des ressources comme celle-ci, l'OMS entend poursuivre son soutien aux États Membres dans la construction de leur capacité nationale de lutte antitabac, en complément de la CCLAT OMS. Cette combinaison est celle qui offre les plus grands espoirs de combattre réellement les ravages d'une des causes les plus répandues de mauvaise santé à travers le monde.

Le succès de la CCLAT OMS en tant qu'instrument de santé publique dépendra de l'énergie et de l'engagement politique que nous consacrerons à sa mise en œuvre dans les pays au cours des années à venir. Sa réussite se traduira par une meilleure santé publique dans le monde, au bénéfice de tous.

LEE Jong-wook, Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

Résumé d’orientation

L'ÉPIDÉMIE DE TABAGISME, DÉFI GLOBAL, exige une action concertée aux niveaux mondial et national. En reconnaissant que la mondialisation accélère la propagation de l'épidémie, tout en admettant les limites de l'action nationale visant à contenir un problème de santé publique de dimensions transnationales, les États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont négocié et adopté un traité international de santé publique pour la lutte antitabac. La CCLAT OMS trace aujourd'hui les grandes lignes d'une riposte mondiale coordonnée face à l'un des plus graves risques pour la santé qui soient.

Il est cependant essentiel d'agir au niveau national pour parvenir aux objectifs fixés par la CCLAT OMS. La construction de capacités nationales permettant de mener à bien des programmes efficaces et durables de lutte antitabac constitue une priorité urgente, et l'une des mesures parmi les plus indispensables dans le combat contre l'épidémie de tabagisme.

L'idée du présent manuel est née du constat que si divers documents de l'OMS en appelaient au développement de capacités nationales de lutte antitabac, il n'existait aucune publication en couvrant tous les aspects. Le "Comment faire" préside donc à ce manuel, qui adopte une approche délibérément pragmatique, traite des questions du "monde réel", et propose des conseils pratiques pour mettre en place des programmes nationaux viables de lutte antitabac.

VUE D'ENSEMBLE

Ce manuel se compose de trois sections principales. L'introduction retrace l'histoire de la notion de "capacité nationale", recense les types de capacités nécessaires au succès de la lutte antitabac, et esquisse les démarches essentielles à la construction de ces capacités. La Première partie décrit l'épidémie de tabagisme dans son ensemble, et se divise en quatre chapitres. Ceux-ci abordent le tabac comme facteur de risques, ainsi que les coûts sanitaires et économiques qui lui sont associés; les stratégies mondiales de l'industrie du tabac; les données scientifiques concernant l'efficacité des interventions contre le tabagisme; et la CCLAT OMS en tant que solution globale apportée à une épidémie sanitaire caractérisée par ses dimensions politico-juridiques et socioculturelles. La Deuxième partie se concentre sur les capacités fondamentales qui sont nécessaires aux pays pour se mettre en mesure d'affronter avec succès l'épidémie de tabagisme. Les chapitres de cette section s'appuient sur les premiers succès rencontrés dans divers domaines de la lutte antitabac par des pays développés et en développement, pionniers du combat contre l'épidémie. Tirant les enseignements de l'expérience de ces pays, ces chapitres proposent des conseils et des suggestions permettant aux États Membres de faire passer dans la pratique les principes théoriques de la lutte antitabac. Cette partie s'ouvre sur l'élaboration d'un plan d'action national qui servira de base à une lutte efficace contre le tabac au niveau du pays. Elle traite des autres éléments importants de la construction de capacités nationales, notamment l'établissement d'infrastructures performantes pour les programmes nationaux antitabac, la formation et l'enseignement, la sensibilisation de l'opinion publique par une communication médiatique efficace, la programmation d'activités antitabac ciblées, les

mesures législatives antitabac, et la recherche d'interventions économiques et d'initiatives de financement. Les chapitres concernant l'opposition à l'industrie du tabac, la formation de partenariats efficaces, le suivi et l'évaluation des progrès accomplis, ainsi que l'échange d'informations et de résultats de recherches, offrent en outre des perspectives du plus grand intérêt pour accroître les capacités de la lutte antitabac.

RÉSUMÉS DES CHAPITRES

Première partie – Les fondements théoriques de la lutte antitabac

Chapitre 1 – Le tabac en tant que facteur de risque : coûts sanitaires, économiques et sociaux

Ce chapitre passe en revue les données mondiales concernant l'épidémie de tabagisme. Le tabac est aujourd'hui une cause majeure de décès évitables dans les pays développés et en développement : chaque jour, plus de 13 000 personnes dans le monde meurent du tabagisme. En supposant que la prévalence de la consommation de tabac demeure constante, l'OMS projette qu'entre 2000 et 2025 le nombre de fumeurs passera de quelque 1,2 milliards à plus de 1,7 milliards, et que le nombre annuel des décès, actuellement estimé à 5 millions environ, doublera en 20 ans. La promotion agressive à laquelle se livre l'industrie du tabac, ainsi que les conditions permissives qui font du tabac un produit aisément accessible et bon marché, jouent un rôle majeur pour amener les jeunes à commencer à fumer. L'accoutumance induite par la nicotine garantit que la majorité des consommateurs de tabac en resteront dépendants à vie. Toutefois, les coûts sanitaires et économiques de l'usage du tabac ne sont pas supportés par les seuls consommateurs, mais par la société dans son ensemble. Ce chapitre étudie les tendances de la consommation de tabac chez les adultes et les jeunes, et présente des données interpays lorsqu'il en existe. Il montre en quoi les coûts de la consommation de tabac pèsent sur les usagers du tabac, les non-usagers, les familles et communautés, les entreprises, ainsi que les gouvernements et la société, faisant de l'épidémie de tabagisme l'affaire de tous.

Chapitre 2 – L'industrie du tabac

Ce chapitre propose un aperçu de la nature de l'industrie du tabac, et des stratégies mondiales qu'elle met en œuvre pour maintenir la rentabilité et la consommation généralisée de ses produits mortels. La base de données documentaire de l'industrie du tabac a été rendue publique dans le cadre de l'accord (Master Settlement Agreement, MSA) intervenu entre les cigarettiers et 46 États et territoires des États-Unis d'Amérique : elle est riche d'enseignements sur les tactiques et les plans, autrefois secrets, mis au point par cette industrie pour décourager toute mesure efficace ayant pour effet de réduire l'usage du tabac. On mentionnera ici des exemples réels issus de différents pays, illustrant l'emploi par l'industrie de telles stratégies pour empêcher les progrès de la lutte antitabac.

Chapitre 3 – Les bases scientifiques des interventions antitabac

Les énormes effets néfastes de l'usage du tabac sur les indicateurs sanitaires et économiques dans le monde font de la lutte antitabac un impératif de santé publique. Ce chapitre regroupe les connaissances disponibles sur l'efficacité des interventions visant à réduire la consommation de tabac. Il décrit les interventions tant sur l'offre que sur la demande, ainsi que les effets de ces stratégies sur l'initiation au tabac et son sevrage, tout comme leur rapport coût-efficacité; il passe en revue les bénéfices de la lutte antitabac pour les individus, les familles, les communautés et les gouvernements. Pour que la lutte antitabac soit un succès, il est nécessaire de réunir une panoplie complète de politiques et de stratégies. Le chapitre se conclut par un appel aux gouvernements à agir vite, à soutenir les efforts internationaux dans le cadre de la CCLAT OMS, et à mettre en place des programmes nationaux durables pour endiguer les effets dévastateurs de l'épidémie de tabagisme sur les générations présentes et à venir.

Chapitre 4 – La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT OMS) : la solution politique

La protection de la santé publique a traditionnellement été considérée surtout comme une affaire nationale. Mais avec la mondialisation, de nombreuses questions liées à la santé ne se confinent plus aux frontières géographiques des États souverains, et ne peuvent plus se résoudre par les seules politiques nationales. La CCLAT OMS a été élaborée en réponse à la mondialisation en cours de l'épidémie de tabagisme. Ce faisant, les États Membres de l'Organisation ont pour la première fois exercé leur pouvoir d'adopter des traités, prévu à l'Article 19 de la Constitution de l'OMS. L'idée qui préside à la CCLAT OMS et à ses futurs protocoles d'application veut qu'elle intervienne en tant que complément mondial aux actions antitabac nationales et locales, sans pour autant s'y substituer. On trouvera dans ce chapitre l'histoire de la CCLAT OMS, l'approche juridique retenue, qui prévoit une convention-cadre et des protocoles d'application, ainsi que les modalités d'entrée en vigueur de la CCLAT OMS. On y trouvera également les différentes interventions antitabac essentielles prévues à la Convention, de même que certains caractères qui lui sont propres. Le chapitre se clôt sur le processus qui s'ouvre avec son adoption.

Deuxième partie – De la théorie à la pratique

Chapitre 5 – L'élaboration d'un plan d'action national

Établir un plan d'action national de lutte antitabac et mettre sur pied les infrastructures et les capacités nécessaires à son application sont deux éléments essentiels pour parvenir à endiguer l'épidémie de tabagisme. Ce chapitre présente un aperçu de la démarche consistant à développer un plan d'action national, en commençant par créer un mécanisme national de coordination pour élaborer ce plan et effectuer une analyse de situation afin de déterminer les besoins et les ressources nécessaires. On y traite des étapes permettant de définir une direction stratégique et de rédiger un plan d'action, ainsi que des éléments constitutifs du plan d'action national. Ce chapitre souligne en outre l'importance d'acquérir une légitimité en obtenant l'approbation officielle du plan, et recense quelques-

unes des principales questions que les chargés de programmes nationaux auront à affronter pour faire en sorte que le plan d'action soit soutenu et appliqué.

Chapitre 6 – L'établissement d'infrastructures efficaces pour les programmes nationaux de lutte antitabac

Au cours du processus d'élaboration du plan d'action national, il convient de commencer à mettre en place les infrastructures nationales destinées à son application. Ce chapitre esquisse les grandes lignes d'un modèle permettant de créer un réseau national et des infrastructures de lutte antitabac. Il traite des ressources humaines, logistiques et financières requises pour établir un programme national antitabac viable, ainsi que du processus consistant à tisser et à maintenir des réseaux nationaux venant appuyer la mise en œuvre des interventions antitabac dans tout le pays.

Chapitre 7 – Formation et éducation

Le succès de la lutte antitabac repose en grande partie sur la disponibilité de ressources humaines suffisantes pour développer et mettre en œuvre tout un ensemble d'activités à différents niveaux. Ce chapitre traite des sujets relatifs à la formation et à l'éducation des divers groupes impliqués dans la lutte antitabac. Par "formation", on entend le transfert de compétences permettant de construire des capacités pour entreprendre efficacement la lutte antitabac; le terme d'"éducation" désignant l'acquisition de connaissances structurées concernant : 1) les méthodes efficaces de lutte antitabac, et 2) les dangers du tabac et les méthodes de sevrage. Déterminer les besoins de formation et d'éducation des différents groupes suppose d'évaluer la situation présente : les résultats de l'analyse de situation menée lors de la préparation du plan d'action national pourront apporter les éléments essentiels de cette décision. On évoquera également la sélection et la mise au point de matériels appropriés et de méthodes efficaces de formation, ainsi que la manière de conduire des séminaires de formation efficaces. On donnera enfin des exemples de programmes pour différents types de séminaires, repris de sessions réelles tenues dans divers pays.

Chapitre 8 – Communiquer et sensibiliser pour atteindre la masse critique

Le marketing social de la lutte antitabac implique de posséder une stratégie de communication. Les stratégies de communication jouent un rôle central non seulement pour assurer aux populations une information exacte, mais aussi du fait que des campagnes de communication bien conçues peuvent conduire à des changements de comportements qui sont essentiels pour réduire la prévalence du tabagisme. Ce chapitre présente quelques-unes des principales stratégies et approches visant à concevoir une campagne de marketing social et de communication antitabac. Il s'appuie sur l'expérience de différents pays, comme l'Australie, le Canada, les États-Unis d'Amérique et la Thaïlande, où un marketing social et des campagnes de communication efficaces ont permis de réduire l'usage du tabac.

Chapitre 9 – L'action dans les médias

Les médias jouent un rôle crucial dans toute campagne antitabac. Les moyens de communication de masse sont souvent le meilleur canal pour diffuser rapidement des messages d'information antitabac auprès d'un large public. Les médias, qui contribuent à forger l'opinion publique, influencent les dirigeants politiques : bien souvent, l'intérêt

porté par les médias à un sujet donné pourra peser sur les politiques des gouvernements. C'est pourquoi il est essentiel d'établir de bonnes relations de travail avec les professionnels des médias. Ce chapitre propose des conseils pratiques sur la manière de cultiver de telles relations et d'obtenir une large couverture médiatique de la lutte antitabac, même avec des ressources limitées. On y trouvera les aspects qui font d'un événement un bon sujet d'actualité, et ceux qui caractérisent un bon porte parole. On y livre aussi des "trucs" pratiques sur la façon de rédiger différents types de textes essentiels à la communication dans les médias, tels que courriers des lecteurs, libres opinions et communiqués de presse, avec des exemples concrets. Le chapitre s'achève en rappelant que les médias peuvent aussi devenir des avocats efficaces de la lutte antitabac, pour peu qu'ils soient convenablement conseillés et encouragés.

Chapitre 10 – Choix et programmation des activités antitabac

Ce chapitre présente un large éventail des choix de programmes le plus souvent retenus dans le cadre d'un plan d'action exhaustif et intégré. Il étudie le rôle de la prévention par les programmes d'éducation scolaire, celui du sevrage, et celui de la protection des non-fumeurs par la création d'environnements sans fumée, au sein d'un plan d'action national de lutte antitabac; il recense les principaux éléments qui déterminent l'efficacité de ces composantes pour réduire la consommation de tabac. Un élément clé du succès de la lutte antitabac est celui de l'engagement des communautés dans le processus consistant à percevoir plus clairement l'épidémie de tabagisme et à y réagir de façon à réduire l'usage du tabac. On propose donc ici des suggestions pour mobiliser plus efficacement les communautés, et sur les ressources éducatives qui leur sont destinées en la matière. On évoque enfin la nécessité d'envisager des stratégies focalisées sur des sous-groupes de population à hauts risques.

Chapitre 11 – Mesures législatives et réglementaires

Tout programme antitabac réussi comporte une législation spécifique d'ensemble, qui en constitue une composante cruciale. Ce chapitre, qui s'appuie sur les précédentes publications de l'OMS en matière de législation antitabac (*Tobacco control legislation : an introductory guide* et *Developing legislation for tobacco control : template and guidelines*), vise à proposer des conseils pratiques intéressant les pays qui cherchent à élaborer et à appliquer une législation antitabac. Les mesures législatives antitabac que recommande l'OMS dans le cadre d'un programme global de lutte antitabac sont ici résumées, de même que les démarches nécessaires pour convaincre les décideurs nationaux d'appuyer ces mesures. Cette législation devrait être conçue dans une optique d'auto-application, et adossée à un engagement adéquat de ressources pour un programme d'information, d'exécution, de suivi et de contrainte. On précise ici les instruments et stratégies permettant d'appliquer et de faire respecter la législation à cet égard. On souligne également l'importance que revêt la maîtrise de l'expérience législative internationale, tout en indiquant les adresses des bases de données en ligne consacrées à la législation antitabac.

Chapitre 12 – Étude des mesures économiques et des initiatives de financement

Les aspects économiques de la production et de la consommation de tabac jouent un rôle central dans l'élaboration de stratégies visant à réduire l'usage du tabac. Ce chapitre apporte des notions de base sur les principales dimensions économiques de la lutte antitabac. Il s'attarde sur les données concernant le prix et la consommation du tabac, sur les principales étapes de l'introduction ou de l'accroissement des taxes et autres mesures financières, que les pays pourront adapter en fonction de leur situation socioéconomique et politique, et sur les initiatives de financement de la lutte antitabac; il décrit les succès enregistrés en Australie, en Nouvelle Zélande et en Thaïlande. Le chapitre renvoie également aux textes essentiels de la Banque mondiale, qui traitent plus en détail de ces questions.

Chapitre 13 – Comment affronter l'industrie du tabac

Le tabac a ceci d'unique parmi les dangers pour la santé qu'il existe une industrie entièrement dévolue à son usage, en dépit des effets néfastes connus qu'engendre sa consommation. Il va de soi que l'industrie du tabac s'attache avec acharnement à bloquer toute tentative d'en réduire réellement l'usage. Ce chapitre est consacré aux stratégies d'opposition aux cigarettiers. Tous les responsables nationaux et locaux de la lutte antitabac doivent se fixer pour priorité de savoir affronter l'adversaire majeur de toute action efficace. Dans bien des cas, les permanents de la lutte antitabac et les organisations non gouvernementales (ONG) disposent d'une plus grande expérience à cet égard, et ont beaucoup à apporter. Dans ce chapitre, on souligne l'importance qu'il y a à connaître la véritable nature de l'industrie du tabac, et on indique comment explorer la base de données de l'industrie du tabac afin de mieux s'informer sur la tactique de l'industrie du tabac dans un pays donné. On y traite en outre des stratégies permettant de surveiller l'industrie du tabac et de neutraliser ses tentatives visant à empêcher ou à retarder les interventions antitabac, en tant qu'éléments nécessaires à la construction d'une capacité nationale destinée à enrayer l'épidémie de tabagisme.

Chapitre 14 – Constituer des partenariats efficaces

Dans tous les pays disposant d'une législation antitabac efficace, les ONG ont joué un rôle majeur pour promouvoir le changement. Ce chapitre est consacré à la contribution que peuvent apporter les associations à la lutte antitabac dans le domaine législatif. Il souligne en particulier le rôle et les responsabilités de la société civile; s'attache à la construction et au renforcement de mouvements antitabac nationaux; et propose des conseils pour travailler avec le secteur privé.

Chapitre 15 – Suivi, surveillance, évaluation et rapports

Après le lancement d'une politique ou d'un programme antitabac sur la base d'une évaluation approfondie de la situation, le processus d'évaluation consistera principalement à vérifier sa pertinence et son adéquation, à suivre les progrès de son application, et à considérer ses effets et son efficacité au regard de la réorientation et de la formulation des politiques et activités qui lui sont associées. La surveillance et l'évaluation jouent un rôle majeur à l'appui de la transparence de la politique antitabac vis-à-vis des décideurs politiques, des responsables et professionnels de la santé, et du public en général. Par

conséquent, les politiques et programmes antitabac devraient toujours comporter cette composante intégrante et essentielle que constitue un dispositif complet de surveillance et d'évaluation. Ce chapitre présente les concepts et questions clés du suivi, de la surveillance, de l'évaluation et des rapports en matière de programmes antitabac. On y développe un certain nombre d'indicateurs, de méthodes et d'instruments. Le sujet étant de nature globale, le lecteur pourra y trouver une liste des précédentes publications de l'OMS qui l'envisagent de façon plus détaillée.

Chapitre 16 – Recherche et échange d'informations

La CCLAT OMS propose des orientations concernant la surveillance, la recherche et l'échange d'informations dans le domaine de la lutte antitabac. Traduire les résultats de la recherche en informations destinées au public est essentiel pour aider les individus, les communautés et les gouvernements à agir dans le sens d'une réduction de la consommation de tabac. Tout programme de lutte antitabac a donc besoin d'un organisme chargé de communiquer les éléments qui président à son action. Ce chapitre traite des diverses difficultés liées à la recherche en matière de lutte antitabac, et propose des démarches pratiques permettant de les surmonter. On y souligne l'importance qu'il y a à relier la recherche et le changement de politiques, ainsi que la nécessité de communiquer efficacement les résultats de la recherche à des publics ciblés. On y examine comment établir un dispositif d'échange d'informations, en prenant l'exemple d'un site Web créé à cette fin.

Introduction

Défini comme la capacité d'influencer,
le pouvoir est donc la capacité de
susciter l'événement...

—*M. Scott Peck,* A World Waiting to be Born

Le leadership, c'est la capacité de
traduire une vision en réalité.

—*Warren G. Bennis*

L'ENJEU

L'épidémie de tabagisme exige des solutions concrètes. Deux facteurs ont suscité l'élaboration d'un traité de santé publique sans précédent entre les États Membres de l'OMS : la prise de conscience du fait que la mondialisation favorisait la propagation de l'épidémie, et celle des limites de l'action nationale pour contenir ce qui est devenu un problème de santé publique dont les dimensions ignorent les frontières *(1)*. La CCLAT OMS peut aujourd'hui servir de guide à une action mondiale coordonnée dans le combat contre l'un des dangers majeurs pour la santé. Mais la perspective proposée par cette Convention-cadre demeure étroitement dépendante de l'action nationale.

Un grand nombre de documents prônant la lutte antitabac soulignent l'importance de la "construction de capacités nationales" en vue de la mener de façon efficace et durable. Qu'entend-on exactement par "capacité nationale", et comment faire pour la "construire" ?

LA CONSTRUCTION DE CAPACITÉS NATIONALES

L'approche par le développement

La définition admise de la construction de capacités dans le secteur public comportait il y a peu deux éléments : le développement des ressources humaines et l'organisation des structures, ou "construction des institutions". L'introduction de cette dimension institutionnelle signifiait que la construction de capacités dépassait le simple développement technique des ressources humaines, en impliquant d'acquérir des compétences de gestion au-delà des compétences techniques, d'établir ou d'étendre les infrastructures de soutien, ainsi que d'assurer l'efficacité et la durabilité des programmes *(2)*.

Les spécialistes s'accordent aujourd'hui à dire que la construction de capacités nationales doit déborder le secteur public, puisqu'elle est intrinsèquement influencée par au moins deux éléments extérieurs aux institutions publiques : la qualité de la gouvernance d'une part, et d'autre part les intervenants du secteur privé, regroupant les entreprises commerciales et les organisations de la société civile, autrement dénommées ONG *(3)*. Le Programme des Nations Unies pour le développement définit la capacité comme les "aptitudes [...] à exercer des fonctions, résoudre des problèmes, et fixer et atteindre des objectifs" à trois niveaux : celui des individus, celui des organisations et institutions, et celui des sociétés. Ce dernier niveau est jugé vital, car il englobe les processus au cœur même du développement humain : l'"ouverture et l'élargissement de possibilités permettant aux individus d'employer et d'étendre leurs capacités au plus haut degré possible" *(4)*. Le processus de construction de capacités nationales peut donc être envisagé comme une entreprise à long terme d'acquisition de compétences et d'aptitudes à les utiliser au mieux, pour atteindre des objectifs sociétaux déterminés. Il convient en outre de prêter

l'attention voulue à la mise en place d'infrastructures de soutien ainsi qu'à la complexe influence qu'exercent le contexte, la volonté et le leadership politiques, le capital social et la mondialisation. Il n'est pas de domaine où ces éléments soient plus pertinents que celui de la lutte antitabac.

Définition de la capacité

La capacité communautaire peut se définir comme l'aptitude présente d'une communauté, par opposition à son aptitude inhérente, à réagir à certaines pressions. Si l'on considère les effets du tabac sur la communauté, il convient de s'intéresser non seulement aux taux et modalités de la consommation de tabac, mais aussi à l'aptitude de la communauté à répondre globalement à la lutte antitabac.

Source : Asian Pacific Partners for Empowerment and Leadership *(APPEAL)* (http://www.appealforcommunities.org)

La nécessité de construire des capacités nationales de lutte antitabac

En dépit des preuves accablantes de la gravité de l'épidémie de tabagisme, de nombreux pays manquent encore des infrastructures, des ressources et de la volonté politique nécessaires à la conduite d'un programme national antitabac de base. Peu de gouvernements disposent d'agents travaillant à plein temps à la lutte antitabac. Bon nombre de pays n'ont toujours pas de plan d'action national contre l'épidémie de tabagisme. Bien souvent, le climat politique n'est pas encore favorable à la lutte antitabac, tandis dans les pays ayant adopté des politiques et des lois, ce sont souvent les moyens d'application qui ne suivent pas l'élaboration des politiques, compromettant l'efficacité de ces mesures.

Ainsi, parmi les 51 États Membres que compte la Région Europe de l'OMS, seuls 27 disposent d'un plan national de lutte antitabac, et 32 d'un organe national de coordination antitabac *(5)*. Dans la Région Méditerranée orientale de l'OMS, parmi les États Membres qui publient des données, un quart (25%) sont dépourvus de comité intersectoriel antitabac, près de la moitié (45%) ne possèdent aucun plan national antitabac, et près de 90% citent le manque de ressources humaines et financières comme premier obstacle à la mise en œuvre d'activités et de programmes antitabac *(6)*.

Les rapports entre la CCLAT OMS et les capacités nationales

Tandis que la CCLAT OMS règle les interventions antitabac au niveau mondial et propose une orientation générale pour la lutte antitabac au niveau des pays, des actions spécifiques contre l'épidémie de tabagisme sont à entreprendre au niveau national. Le succès de la CCLAT OMS reposera presque entièrement sur l'aptitude des pays à mettre en œuvre et à faire respecter ses dispositions. La construction de capacités nationales permettant de mener des programmes nationaux de lutte antitabac efficaces et durables constitue donc une priorité urgente dans le combat contre l'épidémie de tabagisme. Il est en outre essentiel, en vue de neutraliser ce danger pour la santé publique, de bien comprendre les

mécanismes qui relient la CCLAT OMS au niveau international et les tâches à mener à bien au niveau des pays.

Les États Membres peuvent utiliser la CCLAT OMS comme point de départ pour construire des capacités nationales. Le traité engage les pays à se doter de points focaux et d'infrastructures pour la lutte antitabac, et les invite à définir et à mettre en action des dispositifs visant à la coordination intersectorielle de ce combat. La CCLAT OMS esquisse en outre les principaux éléments d'un plan d'action national de lutte antitabac, et indique toutes les interventions à bases factuelles connues qui devraient guider l'élaboration et la mise en œuvre des activités nationales antitabac. La Convention-cadre établit la nécessité de la coopération internationale, de l'échange d'informations et de l'assistance technique pour aider les pays, et notamment ceux du monde en développement, qui commencent à se doter de capacités de lutte antitabac. Elle prévoit également des dispositions concernant le suivi et l'évaluation des progrès accomplis vers la maîtrise de l'épidémie, par la surveillance et la gestion de bases de données. Enfin, elle constitue un moyen de prévenir et de contenir les dangereuses stratégies de l'industrie du tabac.

Au-delà de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : les approches nationales concrètes de la lutte antitabac

Pour lutter contre le tabagisme, les pays doivent se doter de capacités dans les domaines suivants *(3)* :

- **Définition d'objectifs –** Il s'agit ici de comprendre les conditions nationales et locales, à partir de données fiables concernant la situation présente de l'épidémie de tabagisme et les besoins du moment. Il est également essentiel à cet égard de savoir identifier les groupes vulnérables.
- **Élaboration de stratégies –** Il s'agit ici de l'aptitude à définir un scénario politique, à hiérarchiser les besoins et à trouver les moyens de les satisfaire, et à élaborer des indicateurs significatifs pour mesurer les progrès accomplis.
- **Préparation de plans d'action –** Sur la base des stratégies adoptées, il s'agit ici de dresser un inventaire détaillé des actions à mener, des résultats et produits attendus, des parties responsables, ainsi que d'établir un calendrier.
- **Élaboration et mise en œuvre de politiques appropriées –** Il s'agit ici de l'aptitude à formuler des politiques et des stratégies pour leur application, ainsi que des méthodes permettant d'évaluer la mise en œuvre des stratégies et leur transparence.
- **Élaboration de cadres législatifs et réglementaires –** On entend par là la mise en conformité des lois et règlements nationaux aux dispositions de la CCLAT OMS.
- **Création et maintien de partenariats –** Il est indispensable d'établir une collaboration et une communication entières, constructives et permanentes entre les principales parties intéressées, afin d'obtenir l'engagement des institutions et organisations qui seront impliquées dans l'exécution du plan d'action national.
- **Établissement d'un climat favorable dans la société civile –** Ce point appelle une communication et une sensibilisation efficaces, car le succès et la durabilité des initiatives antitabac exigent la participation pleine et informée de toutes les parties intéressées des secteurs public et privé.

- **Mobilisation et gestion des ressources** – Il s'agit ici de chiffrer et de mobiliser les ressources humaines, financières et autres, nécessaires à la mise en œuvre de programmes efficients et durables.
- **Exécution des plans d'action** – Les personnes et institutions chargées de mener à bien les différentes parties du plan devront être soigneusement choisies et formées, avoir conscience de leurs responsabilités et de leurs devoirs, et disposer d'un mandat approprié.
- **Suivi des progrès accomplis et application des enseignements** – Il s'agit ici des ressources permettant de mesurer les étapes et indicateurs convenus, et d'assurer la diffusion de ces informations en vue d'ajuster les objectifs et stratégies pour avancer de façon constante et durable.

Les pays en sont à des stades différents de leur riposte à l'épidémie de tabagisme. Ce manuel s'adresse d'abord à ceux qui abordent aujourd'hui les phases initiales de la construction de capacités antitabac. Il a d'abord été conçu pour les responsables et les agents du secteur public, mais d'autres tenants de la lutte antitabac pourront y trouver des informations de nature à appuyer leur action.

L'idée du présent manuel est née du constat que si divers documents de l'OMS en appelaient au développement de capacités nationales de lutte antitabac, il n'existait aucune publication exhaustive à cet égard. Le "Comment faire" préside donc à ce manuel, qui adopte une approche délibérément pragmatique, traite des questions du "monde réel", et propose des conseils pratiques pour concevoir des programmes nationaux viables de lutte antitabac. Les auteurs qui y ont contribué ont été choisis en raison de leur expérience et de leur compétence technique dans les divers domaines évoqués. Leur sélection a tenu le plus grand compte de l'équilibre entre les sexes et de la répartition géopolitique, de sorte que toutes les Régions de l'OMS sont représentées par des auteurs originaires de pays développés comme en développement.

Ce manuel ne se prétend ni définitif, ni prescriptif. Il rassemble des informations de diverses sources, qui reflètent les expériences de différents États Membres et leurs spécificités sociopolitiques et culturelles. La lutte antitabac étant encore un domaine relativement nouveau de la santé publique, il est à prévoir que de nouvelles approches et de nouvelles perspectives verront le jour dans l'avenir. Ce manuel est donc à considérer comme un instrument en cours d'élaboration, qui sera régulièrement mis à jour pour refléter les nouvelles expériences et pratiques des États Membres.

Il se divise en deux parties principales. La première présente les grandes lignes de la lutte antitabac, ainsi que les fondements théoriques de l'action contre le tabagisme. On y décrit tout d'abord le tabac en tant que facteur de risque de mauvaise santé, avec son cortège de coûts économiques et sociaux. Vient ensuite un examen des stratégies mondiales employées par l'industrie du tabac pour en maintenir la consommation à un niveau élevé. Puis on passe en revue les éléments scientifiques à la base des interventions efficaces en matière de lutte antitabac, avant de présenter la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, solution politico-juridique à l'épidémie de tabagisme.

La seconde partie est consacrée aux capacités fondamentalement qu'il faudra réunir pour mettre les pays en mesure de s'attaquer avec succès à cette épidémie. S'appuyant sur les premiers succès enregistrés dans différents domaines de la lutte antitabac par

des pays développés ou en développement, et sur les enseignements à tirer des sociétés qui ont pris la tête du combat dans ce domaine, les différents chapitres de cette section présentent des avis et suggestions visant à permettre aux États Membres de mettre en pratique les théories de la lutte antitabac. En premier lieu vient l'élaboration d'un plan d'action national, base de toute lutte antitabac efficace au niveau des pays. On développe ensuite certains aspects importants de la construction de capacités nationales, tels que la mise en place d'infrastructures de lutte antitabac performantes, destinées au programme national de lutte antitabac; la formation et l'enseignement; la sensibilisation, acquise par une communication efficace et les interventions dans les médias; la planification d'activités antitabac spécifiques; les mesures législatives antitabac; les interventions économiques et les initiatives de financement. D'autres chapitres portent sur les façons de prévenir et de combattre les dangereuses pressions exercées par l'industrie du tabac, de constituer des partenariats efficaces, de suivre et d'évaluer les progrès accomplis, et de partager informations et résultats de recherches : ils ouvrent d'intéressantes perspectives pour accroître la capacité de lutte antitabac.

Les grandes leçons de la construction de capacités

Les auteurs de ce manuel ont été guidés par les enseignements suivants en matière de construction de capacités, issus d'une longue expérience dans le domaine du développement *(3)* :

- **Le renforcement de capacités est un processus endogène** – La construction de capacités, lorsqu'elle est réussie, n'est jamais d'abord le fruit de pressions extérieures, mais le résultat d'une autodétermination. Ce manuel ne vise qu'à aider les responsables nationaux de la lutte antitabac à établir des programmes d'ensemble au niveau de leur pays, au départ d'un processus que ces responsables auront à façonner et à diriger dans le long terme. Le processus consistant à transformer les capacités nationales est conçu comme un processus organique, qui s'appuie sur le potentiel existant dans un souci de continuité et de durabilité.
- **Le renforcement de capacités doit s'enraciner dans le contexte local** – Chaque pays étant unique, toute intervention visant à construire des capacités de lutte antitabac devra lui être adaptée et spécifique. Il ne saurait donc y avoir d'approche unifiée vis-à-vis de la construction de capacités. Mais s'il ne faut pas s'attendre dans chaque pays à reproduire exactement les expériences d'autres États telles qu'elles sont évoquées dans certains chapitres du présent manuel, le lecteur pourra utilement s'interroger sur la possibilité d'appliquer leurs résultats et leurs enseignements, en les adaptant aux besoins locaux.
- **La construction de capacités doit jouer à de nombreux niveaux de divers secteurs** – Le renforcement des capacités nationales de lutte antitabac touche un large éventail d'intervenants des secteurs public, privé et associatif, et cela aux niveaux central et local. Il est nécessaire que s'établissent entre ces divers intervenants des relations de partenariat et de collaboration. La complexité de la lutte antitabac, la multiplicité des actions à mener simultanément, ainsi que la formidable pression de l'industrie du tabac, tout cela exige en effet un front sociétal uni. Il est tout aussi important de découvrir les

bons partenaires et de constituer des réseaux solides que d'accroître les compétences dans les aspects techniques de la lutte antitabac, et différents chapitres évoquent cette question.

- **La construction de capacités répond aux stimulations externes –** La "puissance du processus", comme on l'appelle parfois, rend compte d'une bonne part des événements constatés actuellement au niveau des pays; elle est directement liée à l'action conduite ces dernières années sur la base de la CCLAT OMS. L'élan acquis grâce à la CCLAT OMS devrait servir à faire progresser la construction de capacités nationales antitabac, tout autant que les dispositions prévues à la Convention-cadre devraient guider les interventions nationales antitabac. La Convention souligne en outre l'importance des échanges techniques et factuels, et des dispositifs à envisager pour promouvoir la coopération entre pays afin de renforcer la construction de capacités. Tout cela devrait permettre aux pays, dans les premiers stades du renforcement de leurs capacités, de bénéficier des compétences acquises collectivement par les autres pays déjà confrontés aux immenses difficultés de la lutte contre l'épidémie de tabagisme.
- **Dans la construction de capacités de lutte antitabac, une direction éclairée et une volonté politique sont cruciales –** Ce manuel rappelle l'importance pour la cause antitabac de se trouver des champions, et de cibler les décideurs clés. S'attaquer à l'épidémie de tabagisme exige un leadership puissant et légitime, indispensable pour engendrer un changement positif dans le climat politique.
- **La construction de capacités est un processus à long terme, qui exige engagement et persévérance –** Il faut du temps pour développer les aptitudes des individus, des institutions et des sociétés à lutter efficacement contre l'épidémie de tabagisme. Certains pays ont déjà consacré des années de travail et des ressources considérables à la lutte antitabac. Dans nombre d'entre eux, néanmoins, il subsiste des capacités à construire pour couvrir avec succès tous les aspects de ce combat. Sa complexité, la nécessité de lever l'acceptabilité sociale du tabagisme, le pouvoir de l'industrie du tabac, tout cela concourt à ce que les efforts visant à réduire les effets sanitaires et économiques du tabagisme demandent de la patience, de la persévérance, et un engagement sans faille.

Stratégies essentielles pour renforcer les capacités nationales de lutte antitabac

- analyser la situation nationale de la lutte antitabac : effets du tabagisme, volonté politique, conscience des populations;
- esquisser les grandes lignes de la stratégie nationale de lutte antitabac en tenant compte des caractères du pays, du climat sociopolitique et des faits établis au niveau mondial;
- installer une coordination nationale : comité intersectoriel de lutte antitabac et d'élaboration des programmes, ou point focal;
- mettre au point un plan d'action global reflétant les priorités et les réalités du pays;
- définir et appliquer des programmes complets d'éducation, de communication, de sensibilisation et de formation, visant à susciter le soutien de l'opinion et un changement des attitudes dans un sens défavorable au tabac;
- renforcer le consensus et l'engagement politique antitabac dans le pays;
- établir un dispositif réglementaire national garantissant aux programmes antitabac un financement durable;
- traduire les actions antitabac du pays dans les structures sanitaires existantes, aux niveaux national, des régions et des districts, de façon à en assurer la durabilité;
- renforcer les infrastructures de lutte antitabac du pays aux niveaux national et local, et prévoir au sein des programmes des activités de proximité;
- élaborer des stratégies visant à suivre et à contrer les activités de l'industrie du tabac dans le pays;
- créer un dispositif de suivi-évaluation des politiques et activités antitabac.

Les stratégies de création et de renforcement des capacités nationales de lutte antitabac

Les stratégies essentielles de création et de renforcement des capacités nationales antitabac font appel aux dix éléments de compétence et d'action énumérés plus haut, tous nécessaires pour répondre à l'épidémie de tabagisme de façon effective.

Les chapitres qui suivent proposent des conseils techniques sur la manière de mettre en œuvre ces stratégies de renforcement des capacités nationales, et montrent comment elles s'intègrent à l'approche de la CCLAT OMS. La construction de capacités constitue un processus de transformation, mais tout changement significatif ne pourra être qu'endogène. Ce manuel met en commun les enseignements tirés de pays du monde entier, et cite de nombreux exemples : on en attend qu'il assiste et inspire les professionnels de la santé et autres, au sein des institutions des différents pays, pour relever le défi qui consiste à réduire la consommation de tabac et son cortège de mortalité et de morbidité.

Références

1. Da Costa e Silva V, Nikogossian H. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco : la globalización de la salud pública. [La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : la mondialisation de la santé publique.] *Prevención del Tabaquismo [Prévention du tabagisme]* 2003, 5(2):71–75.

2. Conseil économique et social (ECOSOC). *United Nations system to support capacity building*. New York, 2002 (E/2002/58).

3. Browne S, éd. *Developing capacity through technical cooperation : country experiences*. Londres, Earthscan, 2002.

4. Fukuda-Parr S, Lopes C, Malik K, éds. *Capacity for development : new solutions to old problems*. Londres, Earthscan, 2002.

5. Initiative pour un monde sans tabac/Bureau régional OMS de l'Europe (TFI–EURO). *Cross-country profile*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://data.euro.who.int/tobacco/); voir aussi *WHO European country profiles on tobacco control*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2003.

6. Initiative pour un monde sans tabac/Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale (TFI–EMRO). *Regional tobacco control profile*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.emro.who.int/tfi/countryprofile.htm).

Première Partie

Les fondements théoriques de la lutte antitabac

Première Partie
Les fondements théoriques de la lutte antitabac

1. Le tabac en tant que facteur de risque : coûts sanitaires, économiques et sociaux
2. L'industrie du tabac : stratégies mondiales
3. Les bases scientifiques des interventions antitabac
4. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : la solution politique

1

Le tabac en tant que facteur de risque : coûts sanitaires, économiques et sociaux

Il ne fait aucun doute que le tabac a été conçu pour empoisonner et détruire l'humanité.

—Philip Freneau

LA CHARGE DE MORBIDITÉ

L'usage actif du tabac

Dans de nombreuses régions du monde, le tabagisme est aujourd'hui la première cause de décès évitables. Dans les pays développés, où l'épidémie s'est répandue bien plus tôt que dans le reste du monde, les maladies cardiovasculaires et pulmonaires et les cancers liés au tabac provoquent une part importante du nombre total des décès et des invalidités chroniques. Dans les pays actuellement en transition épidémiologique, les maladies chroniques d'origine tabagique rejoignent et dépassent rapidement les causes de mortalité plus anciennes. On estime en effet que la fumée provoque aujourd'hui autant de décès prématurés dans les pays en développement que dans les pays développés. Même dans les pays où les maladies infectieuses constituent la principale cause de mortalité, les effets du tabac aggravent la létalité des infections pulmonaires comme la pneumonie et la tuberculose.

La consommation de tabac est nocive et engendre une dépendance. Toutes les formes de tabagisme peuvent provoquer de nombreux problèmes de santé, à issue fatale ou invalidante, tout au long du cycle vital.

La recherche scientifique a établi de façon définitive que les fumeurs sont plus susceptibles de développer certains types de cancers, notamment le cancer du poumon. Les risques qu'ils encourent sont en outre beaucoup plus élevés pour les maladies cardiaques, les accidents cérébraux, l'emphysème, et bien d'autres maladies létales et non létales. Chiquer du tabac accroît les risques de cancer de la lèvre, de la langue et de la bouche. Il n'existe pas d'utilisation inoffensive du tabac.

La tuberculose tue chaque année environ 1,6 millions de personnes. Une étude publiée par *The Lancet* en 2003 montrait qu'en Inde, la fumée de tabac causait la moitié des décès par tuberculose chez les hommes. L'usage du tabac accroît en outre le risque de développer une tuberculose clinique, qui risque d'être fatale et peut aisément contaminer d'autres personnes.

—V. Gajalakshm et al., 2003

Les femmes qui fument courent des risques plus grands encore que les hommes. Par exemple, les effets secondaires de la contraception orale sont nettement plus marqués chez les femmes qui fument. L'usage du tabac accélère l'ostéoporose. Certains éléments donnent à penser que fumer réduit la fertilité. Le tabagisme est également associé à une fréquence accrue des fausses couches. Fumer au cours de la grossesse favorise les complications périnatales telles que les hémorragies, dangereuses tant pour la mère que pour le fœtus, notamment dans les pays pauvres où les équipements sanitaires font défaut. On sait aussi que cette pratique retarde la croissance intrautérine et augmente la probabilité d'un faible poids de naissance. Les dommages provoqués par le tabagisme maternel peuvent s'étendre au-delà de la période de grossesse, et affecter la croissance et le développement de l'enfant, situation fréquemment aggravée par l'exposition de l'enfant à la fumée de ses parents et d'autres adultes.

Le tabagisme passif

Fumer nuit aussi aux non-fumeurs. La première étude prouvant de façon définitive les

dangers du tabagisme passif fut celle de Takeshi Hirayama, publiée en 1981, sur le cancer du poumon chez les Japonaises non fumeuses mariées à des fumeurs *(1)*. On découvrit, avec surprise à l'époque, que ces femmes présentaient un risque nettement accru de décès par cancer du poumon, bien que n'ayant jamais fumé une seule cigarette. Hirayama et al. estimaient que le tabagisme passif (c'est-à-dire l'inhalation de la fumée de leurs époux) était la cause de cette augmentation du risque de cancer chez ces femmes. Par la suite, quelque 40 autres études sont venues confirmer ce lien.

La recherche montre aujourd'hui que le tabagisme passif peut également donner lieu à d'autres maladies potentiellement létales, comme les maladies cardiaques et les attaques cérébrales, tandis que les preuves scientifiques des effets nocifs du tabagisme passif continuent de s'accumuler.

Tableau 1. Les effets nocifs du tabac

Système ou organe corporel	Effets nocifs avérés ou supposés de la fumée de cigarette
Poumons	• Cancer du poumon • Bronchite chronique • Asthme plus sévère • Risque accru de développer diverses infections respiratoires
Cœur	• Maladie coronarienne • Angine de poitrine • Attaque cardiaque • Risque accru d'attaques cardiaques répétées • Arythmie • Anévrisme aortique • Cardiomyopathie
Vaisseaux sanguins	• Pathologie vasculaire périphérique • Thromboangéite oblitérante (Maladie de Buerger)
Peau	• Rides précoces • Décoloration ongulaire • Psoriasis • Pustulose palmoplantaire
Cancers	• Cancer du poumon • Cancer de l'œsophage • Cancer du larynx • Cancer de la bouche • Cancer de la vessie • Cancer du rein • Cancer de l'estomac • Cancer du pancréas • Cancer de la vulve • Cancer du cerveau • Cancer colorectal
Squelette	• Dégénérescence discale • Ostéoporose • Ostéoarthrite • Chirurgie dorsale moins efficace • Guérison fracture ralentie • Lésions musculo-squelettiques
Santé génésique	• Infertilité • Impuissance • Motilité eet densité spermatiques réduites • Fausse couche • Ménopause précoce
Santé pré- et périnatale	• Retard de croissance fœtale • Prématurité • Mortinatalité • Transmission du VIH au fœtus facilitée • Malformations congénitales • Retard mental • Syndrome de mort subite du nourrisson
Cerveau	• Accident ischémique transitoire • Accident vasculaire ischémique • Aggravation de la sclérose multiple
Autres	• Cataracte • Dégénérescence maculaire • Ronflement • Périodontopathie • Ulcère stomacal et duodénal • Maladie de Crohn • Déficience immunitaire

Une heure par jour dans la même pièce qu'un fumeur risque près de cent fois plus de provoquer un cancer du poumon chez un non-fumeur que 20 ans dans un bâtiment contenant de l'amiante.

—Sir Richard Doll, 1985

Les enfants sont exposés à des risques particuliers liés à la fumée des adultes. Le tabagisme passif de la mère enceinte peut nuire à l'enfant à naître, et ses effets sont amplifiés par le tabagisme passif après la naissance. La fumée de tabac au domicile constitue un facteur de risque dans le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). L'exposition à la fumée peut être source de pneumonie, de bronchite, de toux et de sibilance; elle peut aggraver l'asthme et l'otite moyenne chez le jeune enfant. Certaines études *(2, 3)* semblent suggérer un lien entre le tabagisme passif dans l'enfance et certaines déficiences neurocomportementales et maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. Après avoir examiné les éléments disponibles, une consultation de l'OMS (1999) sur les effets de la fumée de tabac environnementale (FTE) chez l'enfant a conclu que la FTE constitue une menace réelle et grave envers la santé des enfants, qui engendre des décès et des souffrances dans le monde entier.

Plus de 60% des enfants en Argentine, Bulgarie, Chine (Tianjin), Cuba, Inde, Indonésie, Jordanie, Liban, Mali (Bamako), Philippines, Pologne, Uruguay, et Cisjordanie sont exposés au tabagisme passif à la maison.

—Global Youth Tobacco Survey, 2003

Les décès liés au tabac

La population vivant aujourd'hui sur notre planète compte 650 millions de personnes qui seront tuées par le tabagisme.

La cigarette tue la moitié de ceux qui fument toute leur vie, et la moitié d'entre eux meurent à l'âge mûr (35–69 ans). Aucun autre produit de consommation n'est de loin aussi dangereux, ni ne tue autant. Le tabac tue plus que le SIDA, les drogues légales et illégales, les accidents de la route, les meurtres et les suicides additionnés.

Le tabac tue déjà davantage d'hommes dans les pays en développement que dans les pays industrialisés, et la mortalité féminine sera sans doute bientôt la même.

Chaque jour, plus de 13 000 personnes dans le monde meurent du tabagisme. Prenant pour hypothèse une prévalence constante du tabagisme, les projections de l'Organisation mondiale de la Santé montrent que de 2000 à 2025 le nombre des fumeurs passera d'environ 1,2 milliards à plus de 1,7 milliards, et que le nombre des décès annuels, actuellement estimé aux alentours de 5 millions, doublera pratiquement en 20 ans (voir Tableau 2).

LA CONSOMMATION DE TABAC

Commencer et continuer à fumer

Les fumeurs et autres consommateurs de tabac entament et poursuivent cette pratique

Tableau 2. Estimations actuelles et projections de l'épidémie de tabagisme (à prévalence égale à celle de 2003)

	Année	
	2000	**2025**
Nombre de fumeurs (en milliards)	1,2[a]	1,7[a]
Hommes (15 ans et plus, en milliards)	1,0[a]	1,4[a]
Femmes (15 ans et plus, en milliards)	0,2[a]	0,3[a]
Nombre de fumeurs dans les pays en développement (en milliards)	0,9[a]	1,4[a]
Décès annuels liés au tabac (en millions)	4,9[b, c]	10[d, e, f] (2030)
Nombre d'enfants exposés à la FTE (en millions)	700[g]	770[h]
Pertes économiques (en milliards US$)	200[i] (1994)	--
Fumeurs dans les pays en développement et en transition économique	84%[a]	88%[a]

[a] Source : Guindon, Boisclair *(4)*
[b] Source : OMS *(5)*
[c] Source : *Lancet (6)*
[d] Source : Ezzati, Lopez *(7)*
[e] Source : OMS *(8)*
[f] Source : Peto *(9)*
[g] Source : OMS *(10)*
[h] Source : OMS *(11)*
[i] Source : Barnum *(12)*

pour diverses raisons. Les enfants et les jeunes peuvent commencer à fumer par curiosité, par goût du risque, par révolte, par imitation des parents ou des frères et sœurs, sous la pression d'un groupe, par désir de perdre du poids, par désir de paraître "mûr", ou dans l'idée qu'user du tabac serait normal ou "cool". La publicité agressive de l'industrie du tabac, jointe à une permissivité ambiante qui fait du tabac un produit omniprésent et peu coûteux, joue un rôle majeur pour amener les jeunes à commencer à fumer. Dans certaines cultures, chiquer fait partie des traditions sociales et peut débuter dans la prime jeunesse.

Si l'initiation au tabac peut être impulsée par plusieurs facteurs différents, la poursuite de sa consommation résulte largement de l'accoutumance. Des études sur l'homme et l'animal ont montré que la nicotine est la substance présente dans le tabac qui induit la dépendance. Aisément absorbée par les poumons ou la bouche, la nicotine pénètre rapidement dans le système sanguin, se disperse dans l'organisme et agit sur divers récepteurs spécifiques du cerveau *(14)*. Certains de ces récepteurs sont la source de la sensation de plaisir ("rush") que les fumeurs et autres usagers du tabac retirent de leur produit. D'autres récepteurs interviennent lorsque le niveau de nicotine commence à chuter, provoquant un ensemble de symptômes caractéristiques d'un "syndrome de sevrage" similaire à celui que connaissent les consommateurs dépendants de l'héroïne ou de la cocaïne. Les personnes nicotinodépendantes ont besoin de fumer ou de mâcher du tabac régulièrement et fréquemment pour maintenir leur niveau nicotinique, afin de ressentir du plaisir et d'éviter la douleur du manque. Parmi les autres facteurs qui confortent l'usage du tabac, on mentionnera la pression sociale et psychologique, l'ignorance des risques pour la santé, et la difficulté du sevrage.

À noter

- Dans bien des régions du monde, les fumeurs ignorent encore les dangers du tabac. En Chine, par exemple, en 1996, 7 fumeurs sur 10 estimaient que fumer leur nuisait "peu ou pas du tout" *(14)*.
- La nicotine induit une très forte dépendance. Dans les pays développés, environ 70% des fumeurs souhaitent actuellement cesser de fumer, mais 80% de ceux qui le tentent échouent.

Répartition de la consommation de tabac (4, 15)

Depuis que la fabrication des cigarettes s'est mécanisée, au début du XX^{e} siècle, la consommation n'a cessé de croître. Le nombre des fumeurs, comme celui des cigarettes consommées par individu, n'ont jamais été aussi élevés qu'aujourd'hui. À l'heure actuelle, quelque 1070 millions d'hommes et 230 millions de femmes fument, ce qui constitue une épidémie d'amplitude mondiale. L'augmentation de la prévalence tabagique chez l'homme adulte dans les pays en développement efface la diminution enregistrée dans les pays développés pour la même population; tandis que les femmes fument toujours davantage dans ces derniers pays (à l'exception de quelques-uns comme l'Australie, le Canada, les États-Unis d'Amérique et le Royaume-Uni). L'industrie du tabac ayant élargi ses campagnes de marketing au monde en développement, on compte de plus en plus de nouveaux fumeurs dans les pays les moins aptes à prendre en charge les graves conséquences du tabagisme sur la santé publique.

Les entreprises du secteur produisent quelque 7 millions de tonnes de tabac par an. Les cigarettes représentent l'essentiel des produits de cette industrie, avec en valeur 96% des ventes totales. Chaque année, les usines débitent plus de 5 500 milliards de cigarettes, soit assez pour fournir 1 000 cigarettes à chaque habitant de la planète. L'Asie, l'Australie et l'Extrême Orient sont de loin les premiers consommateurs (2 715 milliards de cigarettes), suivis par les Amériques (754 milliards), l'Europe orientale et les anciennes économies soviétiques (631 milliards) et l'Europe occidentale (606 milliards).

La Chine produit un tiers environ de toutes les cigarettes dans le monde. Elle est également un consommateur de premier plan, puisque près de 60% des hommes adultes y sont des fumeurs, qui comptent pour le tiers de tous les fumeurs de la planète. On estime aujourd'hui qu'une cigarette sur trois dans le monde est fumée en Chine.

Les jeunes

La consommation de tabac débute souvent avant l'âge adulte. L'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS), qui est aujourd'hui la plus vaste base de données de ce type au monde, regroupe des éléments sur 75 sites dans 43 pays, plus la Cisjordanie et Gaza. On y découvre un nombre inquiétant d'écoliers âgés de 13 à 15 ans qui fument ou

qui ont goûté au tabac. Près d'un quart de ces jeunes fumeurs ont commencé avant l'âge de 10 ans.

Les conséquences les plus graves de la consommation de tabac n'apparaîtront qu'à l'âge adulte. Cependant, certains des effets nocifs du tabac s'exercent immédiatement sur la santé de ces jeunes fumeurs toujours plus nombreux. La dépendance à la nicotine apparaît plus rapidement chez les jeunes, et le risque de développer des cancers et maladies cardiaques et pulmonaires chroniques liés au tabac est d'autant plus élevé que l'on commence à fumer plus jeune.

D'après l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes *(16)* :

- Les taux de tabagisme les plus élevés chez les jeunes se rencontrent en Europe centrale et orientale, dans certaines parties de l'Inde, et dans certaines îles du Pacifique occidental.
- La consommation actuelle de produits du tabac varie entre 62,8% et 3,3%, avec des taux élevés de consommation orale dans certaines régions.
- La consommation actuelle de cigarettes varie entre 39,6% et moins de 1%.
- Près de 25% des jeunes scolarisés qui fument reconnaissent avoir fumé leur première cigarette avant l'âge de 10 ans.
- La plupart des fumeurs actuels souhaitent cesser de fumer et s'y sont déjà essayés, mais très peu d'entre eux ont un jour suivi un programme de sevrage tabagique.
- L'exposition à la publicité est forte (75% des jeunes scolarisés avaient vu des publicités favorables au tabac).
- L'exposition à la fumée de tabac environnementale est très élevée dans tous les pays. En Bulgarie, aux îles Mariannes du Nord, et dans certaines villes du Burkina Faso, d'Inde, d'Indonésie et du Mali, plus de 75% des jeunes enquêtés ont signalé une importante exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics.
- Une moitié seulement des jeunes scolarisés ont indiqué avoir reçu dans leur établissement un enseignement concernant les dangers du tabac au cours de l'année précédant l'enquête.
- Les filles fument autant que les garçons dans plus de 30% des pays enquêtés.

Les hommes adultes

Répartition géographique actuelle et taux de consommation du tabac chez les hommes :

- La plupart des fumeurs sont aujourd'hui des hommes, qui vivent dans les pays en développement. Près d'un tiers (300 millions) vivent en Chine.
- Les taux de consommation de tabac les plus élevés chez les hommes se rencontrent au Cambodge, à Djibouti, en Indonésie, au Myanmar, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Viet Nam.
- La moitié de tous les hommes des pays en développement fument aujourd'hui, contre 35% dans les pays développés où ce taux a décru au cours des dernières décennies.
- Tant dans les pays développés que dans ceux en développement, les tendances sont à une certaine décroissance des taux de tabagisme. Il s'agit cependant là d'un processus d'une extrême lenteur, qui se déroule sur plusieurs décennies. Dans l'intervalle, des millions d'hommes et de femmes meurent à cause du tabac.

- Les hommes les plus instruits tendent à cesser de fumer, de sorte que l'usage du tabac devient une pratique propre aux hommes les plus pauvres, qui sont les moins instruits.
- Si la prévalence actuelle se maintient, on estime que le nombre d'hommes qui fument dans le monde passera de 1 milliard en 2000 à 1,4 milliards en 2025.

Les femmes adultes

Répartition géographique actuelle et taux de consommation du tabac chez les femmes :

- Chez les femmes, l'épidémie de tabagisme est apparue plus tardivement. On estime actuellement la proportion de femmes qui fument du tabac à 22% dans les pays développés et 9% dans les pays en développement, soit au total 230 millions de femmes.
- En outre, de nombreuses femmes d'Asie du Sud et du Pacifique chiquent du tabac.
- Les taux de consommation les plus élevés chez les femmes se rencontrent en Guinée, au Myanmar, à Nauru, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, à Tokelau et en Turquie.
- Dans de nombreux pays développés, les femmes fument de moins en moins, notamment en Australie, au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique. Mais cette tendance ne s'observe pas dans tous les pays développés : dans plusieurs pays d'Europe méridionale, centrale et orientale, la pratique chez les femmes se répand encore, ou ne montre aucun signe d'essoufflement.
- Avec le déclin des traditions sociales et l'élévation des revenus, le nombre des femmes qui fument pourrait doubler d'ici à 2030, passant à 460 millions.
- On peut estimer que le plus grand défi de santé publique en matière de prévention primaire dans les 30 ans à venir consistera à éviter la hausse du tabagisme parmi les filles et les femmes des pays en développement, et particulièrement en Asie.

LES COÛTS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX DE L'USAGE DU TABAC

Les coûts pour les individus et leurs familles

Les coûts pour l'individu fumeur, et pour les membres non-fumeurs de la famille, recouvrent :

- les dépenses pécunières engendrées par l'achat de tabac;
- les pertes de revenus engendrées par les maladies et les décès prématurés;
- le coût des soins de santé engendrés par les maladies liées au tabac;
- le coût du temps passé par les autres membres de la famille à s'occuper des fumeurs ou à les conduire à l'hôpital (ce qui peut prendre plusieurs jours dans les pays en développement);
- les coûts engendrés par les maladies ou le décès de membres de la famille par tabagisme passif au domicile;

- la hausse des primes d'assurance santé;
- des coûts divers, tels que l'augmentation des risques d'incendie.

À ne pas suivre

- Bangladesh, Chine, Ghana, Moldova, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, 2000 : 20 cigarettes importées coûtent plus de 50% du revenu quotidien;
- Chine, 1990 : les paysans de la région de Shanghaï ont dépensé davantage en tabac et en vin qu'en céréales, en porc et en fruits;
- Minhang (Chine), 1993 : les fumeurs ont dépensé en moyenne 60% de leur revenu personnel et 17% de celui du ménage en cigarettes;
- Panama, 2000 : un paquet de cigarettes importées coûte autant que 12 œufs.

Source : Scientific Committee on Tobacco and Health *(2)*

Les fumeurs trouvent évidemment quelque avantage à fumer, et sont disposés à en payer le prix. Cependant, les achats des fumeurs s'effectuent parfois au détriment de leur famille. Dans les pays en développement, où les revenus disponibles des familles sont plus faibles, les dépenses en tabac pourraient être plutôt consacrées à l'alimentation, au logement, aux soins de santé ou autres biens essentiels (voir Tableau 3).

Globalement, les enquêtes montrent que les fumeurs ne sont sans doute pas toujours entièrement conscients des dommages que le tabac cause à la santé. Les jeunes fumeurs tendent en outre à sous-estimer l'emprise de la dépendance à l'égard de la nicotine. Lorsque de jeunes fumeurs sont atteints de maladies liées au tabac, beaucoup disent regretter d'avoir commencé. Les maladies chroniques dues au tabagisme exigent de fréquents recours au système de santé, et mobilisent ainsi des ressources importantes. Les coûts liés à ces types de soins peuvent constituer un lourd fardeau économique pour les fumeurs et leurs familles.

Les fumeurs font supporter des coûts directs aux non-fumeurs, qui encourent divers risques potentiellement invalidants du fait de leur exposition à la fumée de tabac. Si les coûts des soins de santé sont partiellement ou entièrement couverts par des assurances publiques ou privées, et que les contributions à ces assurances sont identiques pour les fumeurs et non-fumeurs, alors les fumeurs font subir à la société un poids économique supplémentaire. La Banque mondiale estime que les dépenses brutes en soins de santé imputables au surcoût des fumeurs peuvent varier entre 0,1% et 1,1% du produit national brut dans les pays à hauts revenus. On ne dispose pas d'informations aussi complètes pour les pays à faibles revenus, mais les données existantes indiquent que les dépenses brutes en soins de santé devraient y être proportionnellement aussi élevées que dans les pays développés.

Le coût du tabagisme pour les États, les entreprises et l'environnement

On peut résumer comme suit la charge économique que fait peser le tabagisme sur les gouvernements et les sociétés.

- Coûts de la prise en charge sanitaire et sociale : les pouvoirs publics doivent souvent subir le coût des soins aux fumeurs malades chroniques ou en fin de vie, et prendre en charge leurs conjoints et enfants en cas d'incapacité sociale ou de décès prématuré.
- Coût en devises de l'importation de cigarettes : dans les pays où l'on ne cultive pas de tabac, ou pas assez pour couvrir la demande nationale, les importations de cigarettes peuvent se traduire par une perte nette de devises.
- Perte de terres arables qui pourraient servir à la production alimentaire.
- Hausse des coûts pour les entreprises, en raison des absences au travail, de la baisse de productivité, des taux d'accidents plus élevés et du surcoût des primes d'assurances : les absences au travail dues aux maladies sont souvent plus fréquentes chez les fumeurs; en outre, les fumeurs effectuent des pauses pour fumer au cours de leur journée de travail, ce qui réduit leur productivité. Certaines études relèvent des taux d'accidents plus élevés parmi les fumeurs. Les entreprises versent en général des primes d'assurance incendie et accidents plus élevées dans les bâtiments où il est permis de fumer; elles doivent également s'acquitter de primes supérieures pour les polices d'assurance santé et vie de leurs salariés fumeurs. Les frais de traitement de surfaces et d'entretien sont eux aussi plus élevés dans les bâtiments où il est permis de fumer, ce qui accroît encore la charge des entreprises.
- Coûts des incendies et des dommages occasionnés aux bâtiments par les fumeurs imprudents.
- Coûts pour l'environnement : le bois nécessaire au séchage du tabac et à la fabrication du papier à cigarettes impose de couper de vastes étendues forestières, ce qui contribue à la déforestation. Les cigarettes déclenchent souvent des incendies, et provoquent d'énormes dégâts sur l'environnement. C'est ainsi qu'en 1987, des cigarettes étaient à l'origine du plus grand incendie dans l'histoire récente de la Chine, tuant 300 personnes, détruisant 1,3 millions d'hectares de terres, et faisant 5 000 sans-abris *(17, 18)*. On estime que chaque année, un million d'incendies sont allumés par des enfants qui jouent avec des briquets. Les estimations mondiales pour 2000 indiquent que les incendies liés aux cigarettes ont causé 10% de tous les décès par incendie, et provoqué des dégâts à hauteur de US$ 27 milliards *(19)*.

À ne pas suivre

- En 1994, Telecom Australia a perdu AU$ 16,5 millions du fait des absences au travail causées par les maladies liées au tabagisme.
- La fumée au travail coûte aux États-Unis d'Amérique US$ 47 milliards par an.

Source : Mackay and Eriksen *(15)*

Tableau 3. **Estimations des dépenses de santé annuelles imputables au tabagisme, en US$ (milliards) (2002 ou dernières estimations disponibles, dans divers pays)**

Pays	Dépenses de santé (milliards US$)
Allemagne	14,7
Australie	6,0
Canada	1,6
Chine	3,5
États-Unis d'Amérique	76,0
Nouvelle-Zélande	0,8
Philippines	0,6
Royaume-Uni	2,3

Source : Mackay and Eriksen *(15)*

Le coût du tabac est l'affaire de tous

Si les dépenses du fumeur lui-même sont souvent bien connues et admises, le coût du tabac repose en réalité sur tous les membres de la société. La consommation de tabac conduit à une allocation des ressources inefficace, qui justifie l'intervention de l'État en vue de réduire cette consommation. Les décideurs politiques doivent prendre conscience de ces coûts, raison d'être des politiques destinées à lutter contre l'usage du tabac.

Références

1. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer : a study from Japan. *British Medical Journal*, 1981, 282:183–185.

2. Great Britain Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. Londres, The Stationery Office, 1998.

3. *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health : Geneva, 11–14 January 1999*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/NCD/TFI/99.10).

4. Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, DC, Banque mondiale, 2003 (Health Nutrition and Population Discussion Paper, Economics of Tobacco Control, document no. 6).

5. *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002:65.

6. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 2003, 362 (9387):847–852 (http://www.thelancet.com/journal/vol362/iss9387/full/llan.362.9387.original_research.27132.1).

7. Ezzati M, Lopez AD. Burden of disease attributable to smoking and oral tobacco use. Global and regional estimates for 2000 (sous presse).

8. *Rapport sur la santé dans le monde 2001*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001:31.

9. Peto R. Education and debate – smoking and death : the past 40 years and the next 40. *British Medical Journal*, 1994, 309:937–939.

10. *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health : Geneva, 11–14 January 1999*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/NCD/TFI/99.10).

11. *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health : Global estimate of children aged 0–14 years exposed to ETS at home. Calculations by Dr A. Lopez : Geneva, 11–14 January 1999*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.

12. Barnum H. The economic burden of the global trade in tobacco. *Tobacco Control*, 1994, 3(4):358–361.

13. *The health consequences of smoking : nicotine addiction. A report of the US Surgeon General*. Maryland, United States Department of Health and Human Services, 1988.

14. *Smoking and health in China : 1996 National Prevalence Survey of Smoking Pattern*. Pékin, China Science and Technology Press, 1996:85.

15. Mackay J, Eriksen M. *The tobacco atlas*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002:40–41.

16. The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth : a cross country comparison. *Tobacco Control*, 2002, 11:252–270 (http://www.tobaccocontrol.com/cgi/content/abstract/11/3/252)

17. Reuter. Sacked foreign minister was in the hospital during the blaze. *South China Morning Post*, 8 juin 1987.

18. Associated Press. Eleven face court after death fires. *South China Morning Post*, 14 juin 1988:8.

19. Leistikow BN, Martin DC, Milano CE. Fire injuries, disasters, and costs from cigarettes and cigarette lights : a global overview. *Preventive Medicine*, 2000, 31:91–99.

2
L’industrie du tabac

Malheur aux fraudeurs

—Sourate 83, Al-Mutaffifune

INTRODUCTION

Plus de 120 sociétés dans le monde fabriquent des produits à base de tabac; certaines d'entre elles sont à actionnariat local, national ou public. Cependant, 40% environ du marché mondial des cigarettes sont sous le contrôle d'une poignée de multinationales du tabac *(1)*. L'addition des chiffres d'affaires des trois principales multinationales (Altria Group, Inc, anciennement Philip Morris (PM), British American Tobacco (BAT) et Japan Tobacco International (JTI) approche US$ 100 milliards par an (voir Figure 1), ce qui les placerait au 36ème rang de tous les pays de la planète par ordre de PNB *(2)*.

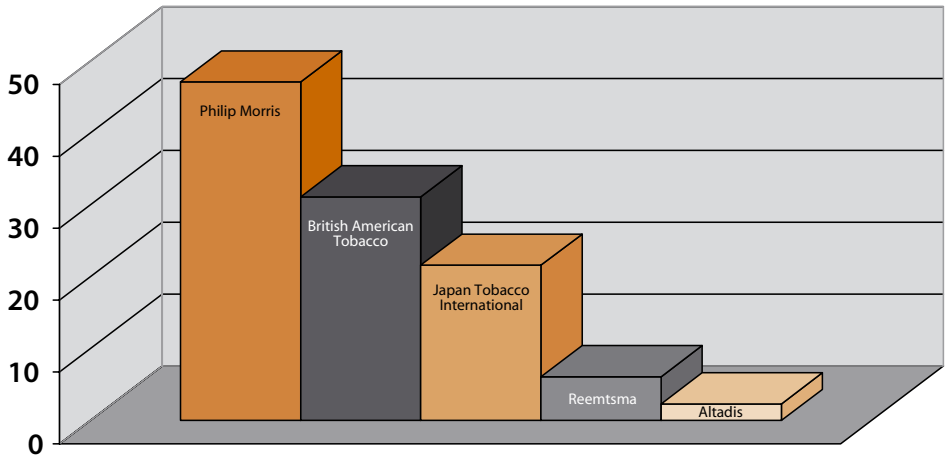
Dans le monde entier, le but essentiel de l'industrie du tabac consiste à dégager des profits en vendant des cigarettes. Les multinationales sont des entités économiques, qui appartiennent à des actionnaires (voir Encadré 1 et Figure 2). Leurs dirigeants ont pour mission d'augmenter la valeur des investissements consentis par les actionnaires. Ces dirigeants sont poussés avant tout par la nécessité d'améliorer leurs parts de marché et leur rentabilité, et ils sont rétribués en fonction de leurs résultats dans ce domaine. Il n'est donc pas étonnant que les multinationales soient le principal moteur de promotion du tabac, et le principal adversaire de toute mesure efficace contre l'épidémie de tabagisme. Et logiquement, plus une mesure antitabac prévue aura d'impact, plus la résistance des multinationales à cette mesure sera acharnée.

Pour ceux qui s'efforcent de limiter la consommation de tabac, il est extrêmement important de connaître les stratégies mises en œuvre par l'industrie pour promouvoir la poursuite de cette consommation et s'opposer à toute intervention de santé publique efficace. Les États et les professionnels de la santé publique, aussi bien que l'ensemble de la population, peuvent aujourd'hui conforter leur action antitabac en consultant des documents internes de l'industrie du tabac, autrefois secrets, qui permettent de mieux comprendre ses stratégies (voir Encadré 2 et Chapitre 13). Les quelque 38 millions de pages que représentent ces documents comprennent des plans de développement classiques, visant à accroître les ventes, les profits et les parts de marché, ainsi que des analyses de la concurrence. Elles comprennent également plusieurs milliers de pages concernant les recherches financées par l'industrie, sur des thèmes comme la dépendance nicotinique et les effets de la consommation de tabac sur la santé, ou tentant de réfuter les preuves scientifiques de la nocivité de l'exposition à la fumée de tabac. De toute autre portée sont les documents qui détaillent les stratégies d'entreprise et de relations publiques. Ils dévoilent largement les actions de lobbying et de relations publiques menées par l'industrie pour faire échouer les initiatives antitabac. Ces documents mettent en lumière l'important décalage entre les déclarations publiques des responsables et leurs discussions internes.

Encadré 1. Les motivations de l'industrie du tabac

- obligation du profit
- crainte des procédures judiciaires
- nécessité de soustraire le tabac à la réglementation
- désir de projeter une image socialement responsable et amendée

Figure 1. Entreprises multinationales du tabac – Chiffre d'affaires annuel (US$, en milliards)



Source: The Tobacco Atlas *(1)*

La première collection conséquente de documents internes de l'industrie du tabac est apparue au début des années 1990 : un collaborateur fit parvenir plusieurs caisses de documents à un professeur d'université aux États-Unis d'Amérique, avec pour résultat la publication de plusieurs articles et d'un ouvrage *(3)*.

À la fin des années 1990, les procès intentés par certains États des États-Unis aux cigarettiers, en vue de recouvrer les coûts de traitement des maladies liées au tabagisme, eurent pour effet l'ouverture d'une bien plus grande masse de dossiers. Lors du règlement intervenu au Minnesota, puis, en novembre 1998, lors de l'accord MSA entre 46 États et territoires des États-Unis et l'industrie du tabac, les documents que celle-ci avait produits et produisait toujours au cours de la procédure furent rendus publics, confiés à un dépôt documentaire au Minnesota et au Royaume-Uni, et publiés sur des sites Web aux frais de l'industrie. Une exception à cela : ayant son siège au Royaume-Uni, BAT n'a pas l'obligation de publier ses documents sur l'Internet, mais seulement de les remettre au dépôt de Guildford; en revanche, la filiale de BAT aux États-Unis d'Amérique, Brown & Williamson, est soumise aux mêmes injonctions judiciaires que les autres entreprises établies dans ce pays *(4)*.

Cette documentation sera assurée par l'industrie du tabac jusqu'en 2008, et plusieurs initiatives sont en cours pour faire en sorte que son caractère public soit maintenu après cette date, et que se poursuivent les analyses universitaires s'y rapportant *(5)*.

Les stratégies mondiales de l'industrie du tabac

Les multinationales du tabac usent de leur considérable influence économique et politique pour créer un climat favorable au maintien de la consommation de tabac, essentiellement en faisant obstacle à l'élaboration de législations nationales antitabac. On décrira ci-dessous quelques-unes de ces tactiques et stratégies.

Si elles sont présentées ici une à une, il est à noter que, le plus souvent, les cigarettiers adoptent concomitamment deux ou plusieurs de ces démarches, qui produisent souvent des effets de synergie.

Influencer le processus politique

Une des stratégies généralisées des entreprises du tabac consiste à profiter de leur taille et de leur richesse pour influencer le processus politique aux niveaux local et national, en se concentrant sur leurs principaux objectifs, à savoir faire obstacle à la taxation et à la réglementation, et préserver la libre publicité et l'acceptabilité sociale du tabac. Les actions concrètes en ce sens comprennent les soutiens aux campagnes électorales, le lobbying, les menaces de procès, ainsi que les donations à des causes universellement appréciées des dirigeants politiques, comme la prévention des violences domestiques ou la vaccination des enfants *(6–13)*.

Ces actions visent à influencer les processus réglementaires ou législatifs en faveur de l'industrie, soit en faisant échouer les politiques globales de lutte antitabac, soit en y introduisant des amendements favorables à l'industrie, tels que la préemption des mesures locales *(14)*.

Lorsque l'industrie ne parvient pas à empêcher l'adoption d'une loi, elle tend à consacrer ses efforts à en rendre l'application et le respect difficiles, pour parvenir à un échec de cette politique qui favorisera les intérêts des cigarettiers *(15–19)*.

La stratégie de manipulation politique est plus ou moins discrète selon la législation de chaque pays concernant la surveillance de l'influence des intérêts privés sur les affaires gouvernementales. Aux États-Unis d'Amérique par exemple, où les contributions aux campagnes électorales sont du domaine public, ces informations permettent aux intervenants de faire pression sur les organes législatifs *(20–25)*.

En Pologne, les dons des entreprises du tabac aux partis politiques sont interdits. Cette mesure élimine un moyen évident d'acheter des soutiens parmi les parlementaires.

En outre, l'industrie du tabac utilise ses richesses et son poids politique pour influencer les décisions politiques et les organes de régulation au niveau international *(26–32)*.

Ces efforts ont habituellement pour but de saper les réglementations sur les produits et les restrictions sur le marketing, ainsi que de répandre une désinformation de masse et des campagnes de déni qui minimisent les effets de l'usage du tabac sur la santé publique et le progrès social dans les pays en développement.

Maintenir les prix du tabac à un niveau abordable

Les entreprises du tabac ont toujours reconnu que les prix des cigarettes sont "la variable la plus critique" pour influencer les ventes, la part de marché de la marque et la rentabilité *(37)*. À l'inverse, les hausses de prix, essentiellement obtenues par l'augmentation de la fiscalité des cigarettes au détail, constituent l'intervention antitabac la plus efficace *(38)*. Les

Encadré 2. Propos de cigarettiers

- Le Centre international d'information sur le tabac (INFOTAB) était un groupement financé par l'industrie. "INFOTAB a coordonné une entreprise de lobbying dans 38 pays où le tabac revêt une certaine importance économique, en intervenant à travers les entreprises membres, les associations nationales du tabac et le négoce. Je coordonne actuellement une initiative semblable par l'intermédiaire de la Chambre de commerce internationale. Ces activités ont pour but d'amener les délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé à s'opposer aux recommandations antitabac les plus extrêmes" *(33)*.
- Aux États-Unis d'Amérique, l'industrie souhaitait "établir de meilleurs canaux de communication entre le bureau de Washington et les contributions d'entreprise afin que ces contributions servent davantage les objectifs politiques de l'entreprise" *(34)*.
- Ces deux tactiques ont été élargies au reste du monde :
  - "Dans les pays membres du GCC (Conseil de coopération du Golfe), nous avons établi un large réseau de sources d'informations et de ressources grâce auxquelles faire pression sur les responsables appropriés *(35)*.
  - Philip Morris s'est acquis une position de choix à la Chambre de commerce des Philippines : "... Nous avons contribué au grand succès de la visite de la présidente Aquino aux USA. Des membres de Philip Morris International occupent désormais des postes clés dans toute une série d'organisations internationales qui pourront nous aider dans les années à venir" *(35, 36)*.

cigarettiers s'y opposent donc de toute leur énergie. Ainsi, en Europe centrale et orientale comme ailleurs dans le monde, Philip Morris s'est efforcée de "réduire à un minimum la taxation totale des cigarettes en toutes circonstances" *(39)* et de faire en sorte que "fumer reste abordable" *(40)*. En Asie, "le gouvernement de Hong Kong [Hong Kong SAR], à la suite des pressions de Philip Morris, a réduit l'écart entre les droits d'importation des feuilles de tabac et des cigarettes finies, au grand bénéfice de Philip Morris". Et en Amérique du Sud, "... au Guatemala, une campagne a été lancée pour éviter des modifications dans la structure prix/taxation existante *(35)*.

Le lancement de nouvelles marques à prix modiques ou modérés, la pratique effrénée des rabais, la vente de cigarettes à l'unité ou en petits paquets, sont autant de tactiques permettant que les produits à base de tabac demeurent à la portée des consommateurs. Certaines entreprises sont prêtes à réduire leurs marges, à livrer des batailles de prix, ou même à assumer une certaine perte par paquet vendu, pour s'assurer une meilleure part de marché et maintenir leurs marques à des prix abordables. On a vu simultanément les entreprises du tabac:

- faire pression sur des parlementaires et des agents de ministères des finances pour que les prix du tabac restent faibles *(36)*;
- menacer des gouvernements, qui envisageaient une hausse des taxes, d'un développement de la contrebande, d'une augmentation du chômage, et d'une baisse des revenus de l'État (des études de la Banque mondiale montrent qu'il ne s'agit pas là de conséquences des augmentations des taxes sur le tabac) *(36)*;
- accuser les pouvoirs publics d'enfreindre le droit des pauvres à fumer, sans dire un mot des risques pour la santé de ces personnes – dans un faux pas spectaculaire en République tchèque, Philip Morris a même avancé que l'industrie du tabac améliorait

le bilan économique du pays puisque les fumeurs, qui meurent plus jeunes, évitent ainsi des dépenses à la sécurité sociale et aux caisses de retraite (voir Encadré 3).

Les documents issus de l'industrie ont même révélé que, pour accroître ses parts de marché, celle-ci s'était livrée à une étude approfondie du marché de la contrebande; plusieurs États se penchent actuellement sur la question. Par exemple, une note concernant une réunion entre hauts responsables de BAT et de Philip Morris pour l'Amérique latine fait état de "cartellisation généralisée pour trouver des accords sur les parts de marchés et la fixation des prix, et tenter de limiter les dépenses de soutien des marchés. [La note] montre que BAT et Philip Morris sont en mesure de déterminer les prix sur les marchés parallèles et légaux, de façon indépendante" *(41)*. En dépit des preuves apportées par ces documents, l'industrie nie toute implication dans la contrebande de cigarettes *(42–57)*.

Une promotion du tabac rénovée et dynamique

En 1999, un rapport de la Banque mondiale *(59)* concluait qu'une interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac réduisait la consommation de tabac. L'industrie du tabac combat donc cette mesure pied à pied. Les pays qui ont mis en place une interdiction globale de la publicité pour le tabac découvrent de plus en plus que l'industrie continue de s'attaquer aux enfants, aux adolescents et aux femmes, par des moyens plus subtils et plus créatifs *(60–74)*.

Parmi ces moyens "non traditionnels", on compte le "brand stretching" (utiliser la notoriété d'une marque pour vendre un autre produit) et le brand sharing (vendre un autre produit sous la marque du produit principal), la distribution d'articles promotionnels et d'échantillons, la publicité et la vente directes par correspondance, les coupons, le "product placement" (mentionner une marque dans une fiction), le parrainage de manifestations sportives, musicales, artistiques ou de défilés de mode, la publicité et les ventes sur l'Internet, les parrainages d'entreprises *(9)*, et récemment, dans un pays au moins, l'envoi de messages texte (SMS) faisant la promotion des cigarettes *(75)*. Dans un autre pays, ce sont de jeunes gens des deux sexes qui, habillés aux couleurs des marques, vendent des cigarettes et en font la promotion dans des discothèques et autres établissements fréquentés par les jeunes *(76)*.

Afin de dissuader les gouvernements d'interdire totalement la publicité, les cigarettiers mettent proposent une "auto-régulation" ou des "codes de publicité volontaire". Or ces dispositifs préservent certaines formes de publicité, afin dit-on de "respecter" la liberté d'expression et l'aptitude de ces entreprises à "communiquer avec les consommateurs". L'expérience montre que les régulations volontaires de la publicité et de la promotion, à l'initiative de l'industrie du tabac, sont rarement respectées, et que, en l'absence d'une législation contraignante, les cigarettiers peuvent les ignorer à leur guise; de sorte qu'elles sont inefficaces en tant que mesures antitabac. En outre, les interdictions partielles permettent à l'industrie de redistribuer leurs dépenses de marketing vers des pratiques de promotion des produits plus diversifiées et plus inventives *(77–81)*.

L'OMS conseille donc aux gouvernements de rejeter les codes volontaires proposés par l'industrie du tabac, et leur recommande à l'inverse de s'en tenir avec fermeté à une interdiction globale.

Encadré 3. "On n'oserait pas dire ça aux États-Unis" : Le rapport tchèque de Philip Morris en un clin d'œil

Le premier ministre de la République tchèque, M. Milos Zeman, grand fumeur, a un jour défendu l'usage du tabac en avançant que celui-ci aidait l'économie de son pays, puisque "les fumeurs meurent plus jeunes, et [que] l'État n'a pas à s'en occuper dans leurs vieux jours". En 2001, Philip Morris a produit un rapport, distribué au parlement de la République tchèque, qui reprenait les propos teintés d'humour noir de M. Zeman en vue de bloquer l'adoption d'un ensemble de mesures antitabac. Pour vanter les bienfaits du tabac, ce rapport arguait que, en décédant jeunes, les fumeurs avaient fait économiser à la République tchèque US$ 30 millions sur l'année 1999, en soins de santé, retraites et établissements du troisième âge.

Après une fuite dans les médias, l'un des principaux quotidiens tchèques dénonça le rapport comme "monstrueux" et "extrêmement grave", ajoutant : "aux États-Unis, ils [Philip Morris] n'oseraient jamais dire une chose pareille, même sous le sceau du secret." Face à un tel tollé, Philip Morris prit conscience de l'énorme erreur commise avec ce rapport. À la fin juillet 2001, la multinationale reconnut publiquement que ce dernier "faisait preuve d'aberration mentale, et d'une absence totale et inacceptable de prise en compte des valeurs humaines les plus fondamentales". La décision de commander ce rapport n'était "... pas seulement une terrible erreur. C'était un mal. Nous tous, chez Philip Morris, qui que nous soyons, nous en sommes profondément navrés", selon M. Geoffrey C. Bible, PDG de Philip Morris.

M. Matthew L. Myers, de l'ONG Campaign for Tobacco-Free Kids réagit en disant que "ces excuses ne [pouvaient] s'interpréter que comme un acte cynique de limitation des dégâts. [...] En l'absence de toute action à l'appui de ces paroles, il convient de se demander ce que Philip Morris regrette réellement : les impitoyables conclusions du rapport, ou l'atteinte aux efforts de Philip Morris pour se présenter comme une entreprise repentie et responsable" *(58)*.

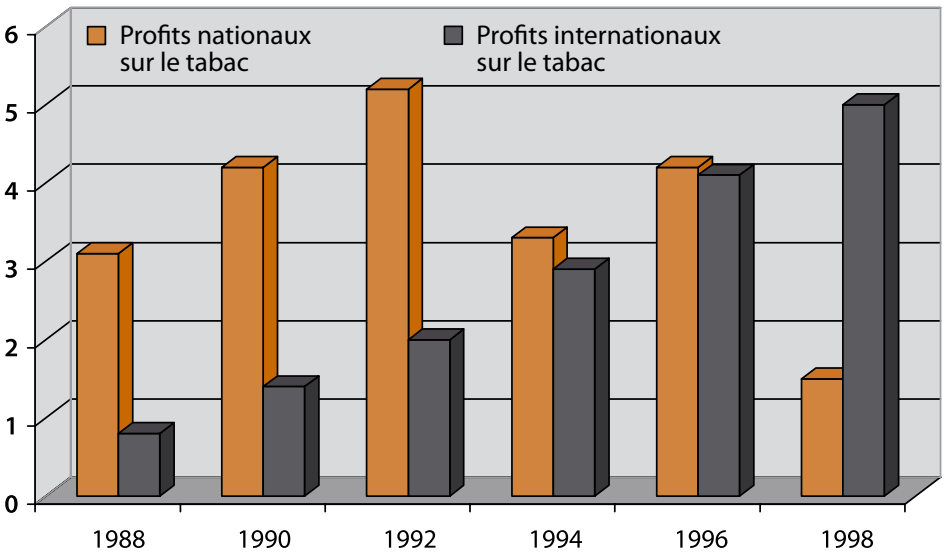
Les pays devraient également considérer la publicité sur les lieux de vente (PLV) avec la plus grande prudence. En Hongrie comme dans d'autres pays, on a vu se reproduire l'expérience de la Nouvelle-Zélande, où l'interdiction a été suivie d'une explosion de la PLV *(82)*.

La réglementation hongroise de la publicité laissait en effet la définition de la PLV imprécise, et donc ouverte à toute interprétation. Aussitôt, les multinationales appliquèrent leur propre interprétation large, avec pour résultat des publicités bien visibles de l'extérieur des magasins.

Le parrainage de manifestations, la citoyenneté d'entreprise et la philanthropie ne sont pas que des instruments de visibilité et de couverture médiatique : ils procurent aussi une légitimité, et attirent des soutiens, des amis et des alliés aux entreprises du tabac. Des organisations ouvertement antitabac pourraient être réduites au silence par des subventions de l'industrie; et des gouvernements peuvent se trouver abusés par les "programmes de prévention de la fumée chez les jeunes" financés par l'industrie du tabac.

Les programmes de prévention de la fumée chez les jeunes proposés par les cigarettiers prescrivent en apparence aux jeunes de ne pas fumer, mais s'abstiennent de traiter du moindre risque du tabac pour la santé, et véhiculent le message que fumer serait une décision adulte. Ces programmes se doublent souvent de programmes tout aussi

Figure 2. Philip Morris : profits tirés du tabac, 1988–1998 (marché national/ international, en milliards US$)



Source : Joosens et Ritthiphakde *(83)*

inefficaces de formation des détaillants, destinés à éviter la vente aux mineurs de produits à base de tabac. De sorte que, tout en prétendant délivrer des messages de santé publique, l'industrie contrôle de fait le calendrier politique et réglementaire, et s'efforce d'éviter que les décideurs politiques n'imposent au marketing des restrictions permettant de réduire la consommation *(62, 82, 84–87)*.

Pas plus que les associations, les organismes publics ne devraient accepter aucun financement de la part de l'industrie du tabac. L'OMS conseille aux gouvernements d'éviter toute forme de partenariat avec les entreprises du tabac, car toute collaboration de ce type induirait inexorablement des distorsions dans les priorités de santé publique *(88)*.

Le parrainage de la Formule 1 et autres manifestations sportives internationales offre aux entreprises du tabac l'occasion de contourner les interdictions de publicité, en permettant à leurs logos d'apparaître sur les écrans de télévision et dans la presse en dépit de ces interdictions. Pour éviter ces situations, il conviendrait d'interdire aux cigarettiers de parrainer des manifestations sportives ou autres, de même que toute autre forme de promotion.

Changer de noms et améliorer l'image d'entreprise des industries du tabac

Depuis la divulgation publique de leurs documents, les multinationales du tabac ont adopté une nouvelle stratégie de relations publiques, fondée sur l'affirmation que s'ouvrait une nouvelle ère de comportement éthique. Or aucune action d'envergure n'est venue confirmer cette intention de l'industrie les partisans de la lutte antitabac et les chercheurs en ont conclu que l'amende honorable de la nouvelle industrie du tabac n'était qu'une fiction *(36, 89–90)*, recouvrant une stratégie de relations publiques en trompe-l'œil visant à replâtrer les dégâts provoqués par la publication des documents internes de l'industrie.

La nouvelle initiative de BAT (son programme de Responsabilité sociale d'entreprise, ou CSR), le "dialogue des parties" et son "rapport social" sont autant de tentatives visant à gommer la continuité de l'entreprise avec son passé et avec le comportement malhonnête et immoral de ses anciens dirigeants. L'entreprise invite ainsi un large éventail de parties prenantes favorables ou hostiles au tabac, prétendument pour la conseiller sur la manière de se transformer conformément au déplacement des attentes sociales. Cependant, aucun signe n'indique à l'heure actuelle que ces recommandations soient suivies d'effet. De plus, les actions "socialement responsables" menées par ces entreprises ne sont pas uniformes, et varient d'un pays à l'autre *(89)*. Changer le nom de "Philip Morris" en celui de "Altria Group, Inc" est une autre façon de dissocier l'entreprise de ses actions passées *(91)*.

Fausser l'information et produire de la "pseudoscience"

Les documents internes des cigarettiers montrent que ces derniers soulèvent artificiellement des polémiques autour des effets connus du tabagisme sur la santé. Récemment encore, l'industrie niait publiquement l'association entre le tabagisme et le cancer du poumon, ainsi que la dépendance engendrée par la nicotine. Pourtant, ces documents internes révèlent que les cigarettiers connaissaient bien la relation causale entre la fumée et le cancer du poumon, et savaient doser les quantités de nicotine dans les cigarettes de façon à maintenir les fumeurs en état de dépendance *(92)*. Depuis la publication de ces éléments, certaines multinationales reconnaissent, dans des déclarations publiques et sur leurs sites Web, que fumer constitue "un facteur de risque pour la santé" et peut provoquer des maladies graves. Ce message n'est cependant pas toujours relayé par les filiales des multinationales dans les pays, ou par leurs façades. Au niveau des pays, la communication de l'industrie demeure ambiguë quant aux liens entre fumée et santé. L'industrie persiste à nier tout lien entre le tabagisme passif et la maladie, et s'emploie activement à répandre de fausses informations à cet égard, ainsi que sur les conséquences prétendument négatives de la lutte antitabac pour les économies (voir Encadré 4).

La communauté scientifique elle-même n'a pas été épargnée. Alors que le grand public doute de plus en plus des recherches financées par l'industrie, les cigarettiers continuent de financer des organismes de recherche, des scientifiques et des consultants disposés à plaider la cause de l'industrie, dans le cadre de financements de la recherche tels que le Programme de recherches externes de Philip Morris *(95)*.

Le dernier en date des rapports concluant à l'absence de relation causale entre la fumée de tabac environnementale et la mortalité liée au tabac *(96)* constitue encore un exemple de cette pratique constante de l'industrie. De tels usages font eux aussi partie des stratégies de l'industrie visant à maintenir sa crédibilité vis-à-vis du grand public, des médias et des décideurs politiques.

Créer des réseaux d'influences et des groupes de façade

L'industrie du tabac influence également les décisions politiques aux niveaux local, national et international en établissant des réseaux d'influences, et en se servant de groupes de façade et d'alliances pour faire passer ses messages. Pour s'opposer au développement de législations antitabac, l'industrie a besoin de soutiens influents au sein des institutions.

Dans sa recherche de "connexions internes", l'industrie prend souvent pour cibles les ministères des finances et de l'agriculture. L'industrie du tabac les bombarde des

Encadré 4. L'obstruction des cigarettiers aux recherches de l'OMS sur le tabagisme passif

Le risque carcinogène par exposition passive à la fumée de tabac donne une dimension nouvelle au débat concernant les effets du tabac sur la santé puisque, à la différence des maladies qui touchent le fumeur actif, il s'agit là d'une atteinte infligée à la santé des non-fumeurs. Il entraîne d'importantes conséquences pour la réglementation du tabac dans les lieux publics, et pourrait à long terme s'avérer un facteur décisif dans la décrue du tabagisme. C'est ce qui explique l'extrême attention mise par l'industrie du tabac à surveiller et à discréditer les études tendant à établir une relation causale entre le tabagisme passif et le cancer.

En avril 2000, des chercheurs de l'Université de Californie à San Francisco publiaient dans le *Lancet* les résultats d'une étude des documents internes de Philip Morris et autres entreprises du tabac. On y trouvait la preuve que l'industrie du tabac avait suivi de près et activement tenté de compromettre la conduite d'une étude épidémiologique internationale sur le cancer du poumon chez les non-fumeurs par exposition à la fumée secondaire.

Cette étude était coordonnée par le Centre international de recherche sur le cancer (IARC), institut de recherches de l'OMS basé à Lyon (France). Les résultats en furent publiés dans le *Journal of the National Cancer Institute (93)*; ils montraient que le tabagisme passif sur le lieu de travail ou du fait d'un conjoint a pour conséquence un accroissement du risque relatif (RR) de 1,16, soit un facteur faible en comparaison du RR supérieur à 20 associé à la fumée active de cigarettes. Cependant, compte tenu de l'importance de la population soumise à la fumée secondaire, on pouvait calculer que le tabagisme passif provoquait chaque année 3000 cas de cancer du poumon aux États-Unis d'Amérique, et jusqu'à 2500 cas en Europe.

Parmi les actions qu'elle entreprit pour perturber et discréditer cette étude, on vit l'industrie du tabac créer un groupe de travail chargé de réagir à la publication des résultats, employer des consultants pour contacter les chercheurs de l'IARC et en obtenir des informations confidentielles concernant l'étude, et dresser des plans pour influencer la politique scientifique et le financement de l'IARC. En 1998, l'étude de l'IARC fit l'objet d'une violente campagne de dénigrement dans les médias, orchestrée par les cigarettiers à travers un article de fond du *Daily Telegraph* de Londres.

Sans pour autant empêcher la publication du rapport dans les revues médicales, ces attaques semèrent la confusion au sujet de l'interprétation des résultats ainsi soumis à polémique. Les documents étudiés dans l'article du *Lancet* laissent penser que cette campagne de presse faisait partie d'une stratégie plus large concernant le tabagisme passif, préparée de longue date par l'industrie du tabac.

L'industrie persiste à soutenir que l'"étude OMS" ne prouvait pas l'existence d'une relation entre tabagisme passif et cancer, entretenant ainsi la confusion et tentant de susciter la controverse là où il n'en existe aucune *(94)*.

conclusions de recherches qu'elle a elle-même lancées, et les abuse à l'aide d'un ensemble bien construit d'arguments fictifs concernant sa propre importance économique et les effets prétendument négatifs de la lutte antitabac. Ces responsables, généralement peu au fait des réalités patentes qui viennent à l'appui des politiques antitabac, seront peut-être

Encadré 5. La vérité sur le tabac et sur la publicité du tabac

- la nicotine est une drogue
- la nicotine engendre une dépendance
- le tabagisme passif nuit à la santé
- les tentatives de l'industrie du tabac visant à élaborer des produits moins nocifs ont échoué
- la publicité, la promotion et la présentation des produits ciblent les jeunes
- la publicité du tabac vise à accroître la consommation des produits à base de tabac.

ainsi disposés à donner le feu vert à la promotion du tabac, dans la conviction erronée que l'industrie cigarettière procurerait un bénéfice net à l'économie du pays.

L'industrie du tabac approche souvent aussi les ministères de l'éducation ou des sports en vue de promouvoir ses programmes de prévention chez les jeunes. On l'a vu plus haut, ces programmes dissimulent en fait le souci d'éviter l'adoption de législations globales interdisant la publicité et le marketing, restreignant la vente aux mineurs, et prenant toutes autres mesures efficaces pour réduire le tabagisme chez les jeunes (voir Encadré 5).

Confrontée à une perte de crédibilité de plus en plus marquée, l'industrie a recours à des groupes divers, qu'elle finance ou met sur pied. Ces groupes se présentent comme des "parties intéressées", et ne dévoilent que rarement leurs liens financiers avec l'industrie du tabac. On a pu découvrir de tels liens avec des groupes aussi différents que l'industrie hôtelière (restaurants, cafés, hôtels, etc.), l'industrie de la publicité, ou des associations prétendant contester des taxes et sujétions, par exemple.

L'industrie crée et/ou finance en outre des associations de planteurs de tabac, notamment l'International Tobacco Growers Association, ainsi que des groupes de défense des droits des fumeurs *(26, 97)*.

Une autre stratégie consiste à financer des think tanks, laboratoires de réflexion réunissant des chercheurs et leaders d'opinion qui publient des rapports et prises de positions favorables à l'industrie, sans dévoiler leurs liens financiers. Ces groupes exercent leur pression sur les décideurs politiques, les médias et le grand public, qui voient souvent en eux des mouvements de base légitimes, indépendants des intérêts du tabac *(98)*. Les représentants de ces groupes de façade entretiennent habituellement d'étroites relations avec les décideurs, et interviennent activement auprès de leurs contacts dans l'appareil d'État dès que la lutte antitabac apparaît au programme d'une session parlementaire. Grâce à l'ouverture des dossiers de l'industrie, on parvient désormais à identifier de nombreux groupes de façade financés par les cigarettiers *(26, 82, 99–101)*.

Les médias peuvent eux aussi être enrôlés au service de l'industrie du tabac, qui agit auprès d'eux de diverses manières. L'industrie organise des séminaires de formation à l'intention des principaux dirigeants des médias, afin de garantir que le message soit systématiquement uniforme, ainsi que des séminaires à l'intention des journalistes pour les "instruire" sur les questions du tabac et de la santé et autres sujets importants pour les résultats des cigarettiers. L'industrie compte que les médias répercutent ses points de vue, autre manière d'influencer les décideurs et l'opinion publique. Au-delà des séminaires

offerts aux journalistes, l'industrie accorde aussi des dons à des groupes liés aux médias *(26–82)*.

Elle fait en outre vibrer la corde économique, menaçant de retirer ses budgets publicitaires afin d'obtenir des groupes de presse des positions qui lui soient favorables. C'est ainsi qu'aux Philippines, les chaînes de télévision qui diffusaient la campagne antitabac "Yose Kadiri" du Département de la santé ont été sommées par les entreprises du tabac de cesser d'offrir au Département du temps d'antenne gratuit, en échange de la poursuite de leurs achats de spots publicitaires *(102)*.

Avec un bon réseau de contacts dans les médias, il devient plus facile à l'industrie du tabac de communiquer ses messages de relations publiques. On l'a bien vu récemment avec l'actuel programme CSR, grâce auquel les cigarettiers s'efforcent de convaincre la population, avec l'aide des médias, de ce que l'industrie du tabac ferait partie intégrante et essentielle de toute société. Le programme CSR recoupe et complète les autres initiatives de relations publiques menées par l'industrie, telles que les dons à des causes sociales et politiques *(9)*.

Encadré 6. La Thaïlande forcée de s'ouvrir aux importations de cigarettes étrangères

Le plus important accord multilatéral de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) sur le commerce du tabac est l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT). L'un des principes établis par le GATT veut que les marchandises importées dans un pays ne puissent faire l'objet d'un traitement différent de celui réservé aux marchandises semblables produites dans le pays.

Cet accord prévoit cependant des exceptions limitées pour les mesures "nécessaires" à protéger la santé publique, qui peuvent être adoptées et appliquées même si elles violent les principes du GATT. La Thaïlande a donc tenté de se prémunir contre l'importation de cigarettes étrangères en alléguant leur dangerosité pour la santé. Mais en 1990, des cigarettiers basés aux États-Unis d'Amérique contestèrent l'interdiction thaïlandaise d'importation de cigarettes étrangères, en arguant que la Thaïlande permettait à son industrie nationale de poursuivre la fabrication et la vente de cigarettes. Le représentant des États-Unis pour le commerce soumit l'affaire au GATT, au motif que "aucune partie contractante [...] ne maintiendra à l'importation d'un produit originaire du territoire d'une autre partie contractante [...] de prohibitions ou de restrictions".

Dans une précédente décision, un groupe du GATT avait conclu que la Thaïlande pouvait donner priorité à la santé humaine sur la libéralisation du commerce, du fait que la mesure prise était "nécessaire" et qu'aucune autre mesure ne pouvait procurer ce degré de protection. Pourtant, la pratique thaïlandaise autorisant la vente de cigarettes fabriquées localement et interdisant les importations fut jugée inacceptable, et le pays fut contraint de lever son interdiction d'importation *(103)*.

L'EXPANSION MONDIALE DES MULTINATIONALES : LA PROPAGATION DE L'ÉPIDÉMIE DE TABAGISME AU MONDE EN DÉVELOPPEMENT

Les pays ont beaucoup à apprendre des récentes tendances nées de la mondialisation de la fabrication et du commerce du tabac. La baisse des ventes de cigarettes dans les pays développés a contraint les multinationales à investir de nouveaux marchés dans le monde en développement. L'abolition des barrières commerciales, dans le cadre d'accords bilatéraux et multilatéraux, a facilité le commerce du tabac et des produits à base de tabac, et l'application de ces accords a permis aux multinationales de s'ouvrir la porte de marchés auparavant fermés aux tabacs et produits du tabac étrangers.

Ces dix dernières années, le Fonds monétaire international (FMI) a lui aussi contribué à ouvrir les marchés des cigarettes dans des pays comme la République de Corée, la République de Moldova, la Thaïlande (voir Encadré 6) *(106)* et la Turquie. Le FMI est parvenu à ce résultat en exigeant, comme condition préalable à l'attribution de ses prêts, la privatisation des monopoles d'État sur les tabacs *(1)*.

DES CHANGEMENTS POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES QUI FAVORISENT L'EXPANSION DE L'INDUSTRIE

Le déclin et la privatisation des anciens monopoles d'État sur les tabacs dans les années 1980 (en Asie par exemple), ainsi que l'ouverture de marchés précédemment protégés par des murailles idéologiques (par exemple ceux des anciens pays à économie centralement planifiée), offrent aux multinationales du tabac l'occasion de relancer leurs ventes et d'élargir leurs bases de marché. Pour éviter les taxes à l'importation et réduire les coûts de production et de transport, les grands cigarettiers sont en train de transférer leurs usines vers des pays où la réglementation sur le tabac est moins contraignante. La recherche montre que la période consécutive à la privatisation, qui coïncide en général avec l'arrivée des multinationales, est habituellement suivie d'une augmentation de la consommation de cigarettes, qui à son tour amène, avec le temps, un accroissement de la morbidité et de la mortalité dans les pays concernés *(103–104)*.

LA CRÉATION DE NOUVEAUX MARCHÉS : LES STRATÉGIES DE L'INDUSTRIE DANS QUELQUES PAYS

Après la chute des régimes à économie centralement planifiée, quelque 60 000 usines de cigarettes ont été transférées au secteur privé *(1)*. Manquant le plus souvent de capitaux

privés, ces pays avaient un besoin urgent d'investissements étrangers, ce qui plaçait les multinationales dans une position avantageuse pour négocier.

Dans bien des cas, ces conventions de privatisation ont octroyé aux multinationales d'importants privilèges, comme l'exemption de l'impôt sur les bénéfices (par exemple en Hongrie, au Kirghizistan ou en Ukraine) ou des facilités de retrait des dividendes *(104)*.

Au Kazakhstan, au Kirghizistan et en Ouzbékistan, BAT est désormais l'unique fabricant de cigarettes et a donc remplacé l'ancien monopole public par un monopole privé. "Il doit être parfaitement clair que ce que nous voulons acheter, ce ne sont ni des unités de production ni des marques, mais la possibilité de dominer le marché", déclarait BAT à propos de la privatisation en Ouzbékistan *(105)*.

Les dossiers révèlent que les multinationales ont rémunéré des intermédiaires pour exploiter leurs relations personnelles et professionnelles avec certains hauts dirigeants de ces pays au profit de l'industrie du tabac. C'est ainsi par exemple qu'un ancien ressortissant hongrois, qui avait fui son pays lors de l'insurrection de 1956 mais conservait de bonnes relations avec des amis occupant de hautes fonctions, retourna en Hongrie pour le compte de Philip Morris afin d'aider à conclure un accord de licence dans des conditions favorables à l'entreprise.

Pendant la période de privatisation des usines de traitement du tabac, on sait que les multinationales ont su exploiter leurs sources au sein des ministères des finances et de l'agriculture pour faciliter le processus de reprise. Une note interne de Philip Morris le confirme : "L'Agence [hongroise] des propriétés d'État a reçu [des autorités des ministères des finances et de l'agriculture] des instructions l'enjoignant de conclure la transaction aussi rapidement que possible" *(106)*.

Les dossiers montrent encore que des diplomates des pays abritant les multinationales sont également intervenus pour soutenir leurs entreprises sur les nouveaux marchés. En Ukraine, l'ambassadeur et le conseiller commercial britanniques "se sont comportés de façon extrêmement utile" et en "alliés précieux" *(107)* pour obtenir l'aval du gouvernement au plan de privatisation de BAT.

CONCLUSION

La mondialisation de la fabrication, du commerce et du marketing du tabac, et l'influence de l'industrie, constitue un danger majeur pour la santé publique dans le monde entier. Yach et Bettcher qualifient l'industrie du tabac de "force mondiale" qui considère le monde comme "son théâtre d'opérations", et "planifie, développe et commercialise ses produits à l'échelle mondiale" *(108)*.

L'industrie met en œuvre des stratégies variées pour acheter des influences et du pouvoir afin de pénétrer sur les marchés, assurant ainsi la propagation de l'épidémie de tabagisme qui affecte la santé de millions de personnes dans le monde. Les gouvernements et les partisans de la lutte antitabac doivent se tenir informés des stratégies couramment employées par l'industrie, et appliquer ces connaissances à l'élaboration d'interventions efficaces, aux niveaux mondial et local, pour enrayer l'épidémie.

À ce jour, la réponse des cigarettiers à la prise de conscience de l'opinion se concentre sur un changement d'image, plutôt que sur une transformation structurelle. Cette dernière impliquerait de partager l'objectif consistant à réduire la consommation de tabac dans le monde entier, et à se diriger vers une reconversion progressive de l'industrie du tabac dans des secteurs moins dangereux.

Références

1. Mackay J, Eriksen M. *The tobacco atlas*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002. (http://www.myriadeditions.com/tobacco.html).

2. Banque mondiale. *CIA fact book*. Banque mondiale, 2002 (Nationmaster.com).

3. Glantz S et al. *The cigarette papers*. Berkeley, University of California Press, 1996 (http://www.library.ucsf.edu/tobacco/cigpapers/book/contents.html).

4. Master Settlement Agreement (with Exhibits A–U), National Association of Attorneys-General (NAAG). Washington, DC, NAAG, 1998 (http://www.naag.org/tobac/cigmsa.rtf).

5. Bero L. Implications of the tobacco industry documents for public health and policy. *Annual Review of Public Health*, 2003, 24:3.1–3.22 (http://publhealth.annualreviews.org/cgi/content/abstract/24/1/267).

6. Pan American Health Organization. *Profits over People*. Washington, DC, PAHO, novembre 2002 (www.paho.org).

7. Bialous S, Fox B, Glantz S. Tobacco industry allegations of "illegal lobbying" and state tobacco control. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(1):62–67.

8. Philip Morris Companies Inc. Five-Year Plan 1995–1999 Confidential 1994 Strategic Plan. Virginia, USA, Philip Morris. Date d'accès : 23 septembre 2001. Bates No. 2031590820/2031591093 (www.pmdocs.com).

9. Rosenberg J, Siegel M. The use of corporate sponsorship as a tobacco marketing tool : a review of tobacco industry sponsorship in the United States, 1995–1999. *Tobacco Control*, 2001, 10 (Automne) : 239–246 (http://tc.bmjjournals.com/cgi/content/full/10/3/239; http://www.ftc.gov/os/comments/tobaccocomments2/sponsorship.pdf).

10. Anon. BATCo 1996–1998 Company Plan. Minnesota Document Depository. BATCo. Strategic Plan. Date d'accès : 26 septembre 2001. Bates No. 800250638/800250704.

11. Chaloupka FJ et al. Tax, price and cigarette smoking : evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 2002, 11 (Suppl 1):62–72.

12. Neuman M, Bitton A, Glantz S. Tobacco industry strategies for influencing European Community tobacco advertising legislation. *Lancet*, 2002, 359(9314):1323–1330.

13. Yach D, Bettcher D. Globalization of tobacco industry influence and new global responses. *Tobacco Control*, 2000, 9(2):206–216.

14. American Medical Association. *Pre-emption : taking the local out of tobacco control*. American Medical Association, 2002 (http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/7323.html).

15. DiFranza J, Rigotti N. Impediments to the enforcement of youth access laws. *Tobacco Control*, 1999, 8(2):152–155.

16. Siegel M et al. Preemption in tobacco control. Review of an emerging public health problem. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278(10):858–863.

17. DiFranza J, Godshall W. Tobacco industry efforts hindering enforcement of the ban on tobacco sales to minors : actions speak louder than words. *Tobacco Control*, 1996, 5(2):127–131.

18. Jacobson P, Wasserman J, Raube K. The politics of antismoking legislation. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 1993, 18(4):787–819.

19. Jacobson P, Wasserman J. The implementation and enforcement of tobacco control laws : policy implications for activists and the industry. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 1999, 24(3):567–598.

20. Begay M, Traynor M, Glantz S. The tobacco industry, state politics, and tobacco education in California. *American Journal of Public Health*, 1993, 83(9):1214–1221.

21. Monardi F, Glantz S. Are tobacco industry campaign contributions influencing state legislative behaviour ? *American Journal of Public Health*, 1998, 88(6):918–923.

22. Moore S et al. Epidemiology of failed tobacco control legislation. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272(15):1171–1175.

23. Givel M, Glantz S. Tobacco lobby political influence on US state legislatures in the 1990s. *Tobacco Control*, 2001, 10(2):124–134.

24. Goldstein A, Bearman N. State tobacco lobbyists and organizations in the United States : crossed lines. *American Journal of Public Health*, 1996, 86(8):1137–1142.

25. Lee C, Glantz SA. *The tobacco industry's successful efforts to control tobacco policy making in Switzerland*. San Francisco, CA : Institute for Health Policy Studies, University of California at San Francisco, janvier 2001 (http://www.library.ucsf.edu/tobacco/swiss).

26. Comité d'experts sur les documents de l'industrie du tabac. *Les stratégies utilisées par l'industrie du tabac pour contrer les activités de lutte antitabac à l'Organisation mondiale de la Santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

27. Saloojee Y, Dagli E. Manœuvres de l'industrie du tabac pour résister aux politiques de santé publique. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. Recueil d'articles N° 4, 2001, 19–27.

28. Bialous S, Yach D. Whose standard is it, anyway ? How the tobacco industry determines the International Organization for Standardization (ISO) standards for tobacco and tobacco products. *Tobacco Control*, 2001, 10:96–104.

29. Stinnett A. The Tobacco Industry vs. the World Health Organization. National Health Law Program, Washington, DC, 2000 (http://www.healthlaw.org/pubs/200008tobacco.html)

30. Mongoven C, Biscoe & Duchin. Destroying tobacco control activism from the inside. *Tobacco Control*, 2002, 11(2):112–118.

31. Francey N, Chapman S. "Operation Berkshire" : the international tobacco companies' conspiracy. *British Medical Journal*, 2000, 321(7257):371–374.

32. Neuman M, Bitton A, Glantz S. Tobacco industry strategies for influencing European Community tobacco advertising legislation. *Lancet*, 2002, 359(9314):1323–1330.

33. R. Marcotullio. *Regarding World Health Organization*. Note, 17 mars 1986. Bates No. 505745424 (http://www.rjrtdocs.com).

34. Philip Morris. *Government affairs objectives*, 7 janvier 1982. Bates No. 2023200348/0355 (http://www.pmdocs.com/getallimg.asp?if=avpid&DOCID=2023200348/0355).

35. Whist A. Memo to Board of Directors, Philip Morris International Corporate Affairs, 17 décembre 1986. Bates No. 2025431401/1406 (http://www.pmdocs.com/getallimg.asp?DOCID=2025431401/1406).

36. Campaign for Tobacco Free Kids, Action on Smoking and Health UK. *Trust us We're the Tobacco Industry*, Royaume-Uni, ASH-UK, avril 2001.

37. Anon. Marketing Dept. Millbank. Analysis of price and value for money in the cigarette market. PMB, avril 1984 (http://tobacco.health.usyd.edu.au/site/gateway/docs/pdf2/pdf/BW538011320_1397).

38. Jha P, Chaloupka FJ. *Tobacco Control in Developing Countries*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (http://www1.worldbank.org/tobacco.tcdc.asp).

39. Anon. 1993–1995 Three-Year Plan for the EEMA Region. Situation assessment. Bates No. 2500108232_8304 (http://www.pmdocs.com/getallimg.asp?if=avpid&DOCID=2500108232/8304).

40. Anon. Three Year Plan 1994–1996. Philip Morris (http://www.pmdocs.com/getallimg.asp?if=avpid&DOCID=2500070154/0218).

41. BAT Meeting with Philip Morris Representatives at Penny Hill Park, Bagshot, 5 août 1992. BAT Guilford Depository, Bates No. 301653380-85.

42. *Findings of the International Expert Panel on Cigarette Descriptors. Ministerial Advisory Council on Tobacco Control*. Santé Canada, 7 septembre 2001 (http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/media/cig_discrip_rep2.pdf).

43. European Union alleges U.S. companies sent black-market cigarettes to Iraq. Source : AP, 2002-02-22 (http://www.tobacco.org/news/86642.html).

44. Tobacco Traffic : NOW With Bill Moyers. PBS Television, 19 avril 2002 (http://www.pbs.org/now/indepth/041902_smuggling.html; http://www.pbs.org/now/transcript/transcript114_full.html).

45. Tobacco Traffic : Black Market Peso Exchange. NOW With Bill Moyers. PBS Television, 19 avril 2002 (http://www.pbs.org/now/indepth/041902_peso.html; http://www.pbs.org/now/transcript/transcript114_full.html).

46. *Action on Smoking and Health. BAT under investigation by DTI : ASH says Imperial Tobacco should be next*. Royaume-Uni, ASH-UK, 2000 (http://www.ash.org.uk/html/press/001030a.html).

47. *Action on Smoking and Health. BAT and tobacco smuggling*. Subcommission to the House of Commons Health Select Committee. Royaume-Uni, ASH-UK, 2000 (http://www.ash.org.uk/html/smuggling/html/submission.html).

48. Beelman M et al. How smuggling helps lure generations of new smokers. *The Guardian*; 31 janvier 2000 (http://www.guardian.co.uk/bat/article/0,2763,191296,00.html).

49. Beelman M et al. *Major tobacco multinational implicated in cigarette smuggling, tax evasion, documents show*. Washington, DC, International Consortium of Investigative Journalists (ICIJ), Center for Public Integrity, 31 janvier 2000 (http://www.public-i.org/report.aspx?aid=335&sid=100).

50. Campbell D, Maguire K. Clarke company faces new smuggling claims. *The Guardian*/ICIJ, 22 août 2001 (http://www.icij.org/investigate/campbell1.html).

51. International Consortium of Investigative Journalists (ICIJ). *Philip Morris accused of smuggling, money-laundering conspiracy in racketeering lawsuit*. Washington, DC, Center for Public Integrity, 23 mai 2000 (http://www.public-i.org/report.aspx?aid=510)

52. International Consortium of Investigative Journalists (ICIJ). *Tobacco companies linked to criminal organizations in cigarette smuggling : Latin America*. Washington, DC, Center for Public Integrity, 3 mars 2001 (http://www.public-i.org/report.aspx?aid=355&sid=100).

53. Joossens L, Raw M. Cigarette smuggling in Europe : who really benefits ? *Tobacco Control*, 1998, 7:66–71 (http://tc.bmjjournals.com/cgi/reprint/7/1/66.pdf).

54. Marsden W. Tiny isle is key to illicit trade. *The Gazette*, 5 mars 2001.

55. Pan American Health Organization. *Profits over people*. Washington, DC, PAHO, novembre 2002 (www.paho.org).

56. US District Court. Departments of the Republic of Colombia vs. Philip Morris & BAT. New York City, NY, 2000 (http://www.public-i.org/download/AmendedColombiaSuit.pdf).

57. Bowers S. Imperial rejects smuggling claim. *The Guardian*, 2002 (http://www.guardian.co.uk/Archive/Article/0,4273,4400132,00.html).

58. *Wall Street Journal*, 26 juillet 2001; *Los Angeles Times*, 5 août 2001.

59. Banque mondiale. *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf).

60. Action on Smoking and Health. *Tobacco Explained : 3. Marketing to children*. Londres, ASH-UK, 1998 (http://www.ash.org.uk/html/conduct/html/tobexpld3.html).

61. Action on Smoking and Health – UK. *Danger ! PR in the playground. Tobacco industry initiatives on youth smoking*. Londres, ASH-UK, 2001 (http://www.ash.org.uk/html/advspo/pdfs/playgroundreport.pdf).

62. http://www.ash.org.uk/

63. Action on Smoking and Health – UK. *Advertising and sponsorship/sports and cultural sponsorship*, Londres, ASH-UK, 2001 (http://www.ash.org.uk/html/advspo/html/sportssponsor.html).

64. Bates C. Editorial : Tobacco Sponsorship of Sport. *British Journal of Sports Medicine*, 1999, 33(5):299–300 (http://ash.org.uk/html/advspo/html/sport/html).

65. Campaign for Tobacco Free Kids (CTFK). *Special Report : Big Tobacco Still Addicting Kids*. Washington, DC, Campaign for Tobacco Free Kids, 2003 (http://tobaccofreekids.org/reports/addicting/).

66. Hammond R. *Mundo de Marlboro : Big Tobacco smothers Latin America*. Americas.org, 1999 (http://www.americas.org/item_346).

67. Ling P, Sepe E, Glantzz S. *Tobacco marketing to young adults : tobacco control lessons from industry documents*. Document présenté à la 129ème rencontre annuelle de l'American Public Health Association, Atlanta, GA, 21–25 octobre 2001.

68. Ling P, Landman A, Glantz S. It is time to abandon youth access tobacco programmes. *Tobacco Control*, mars 2002, 11:3–6 (http://tc.bmjjournals.com/cgi/content/full/11/1/3).

69. Pierce J et al. Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *Journal of the American Medical Association*. 18 février 1998, 279(7):511–515.

70. Pierce J, Gilpin E, Choi W. Sharing the blame : smoking experimentation and future smoking-attributable mortality due to Joe Camel and Marlboro advertising and promotions. *Tobacco Control*, 1999, 8(1):37–44.

71. Pollay R et al. The last straw : cigarette advertising and realized market shares among youth and adults, 1979–1993. *Journal of Marketing*, 1996, 60:1–16.

72. Pollay R. *How cigarette promotion works : rich imagery and poor information. History of advertising archives, faculty of commerce*. University of British Columbia, 30 octobre 2000 (http://www.nsra-adnf.ca/DOCUMENTS/PDFs/pollay.pdf, accès en 2002).

73. Pollay R. Targeting youth and concerned smokers : evidence from Canadian tobacco industry documents. *Tobacco Control*, 2000, 9(2):136–147.

74. Samet J, Yoon S. *Women and the tobacco epidemics : challenges for the 21st century*, Genève, Organisation mondiale de la Santé/Institute for Global Tobacco Control, Johns Hopkins School of Public Health, 2001 (http://tobacco.who.int/repository/tpc49/WomenMonograph.pdf).

75. ABC News Online. *Government to review tobacco advertising laws*, 30 août 2003 (http://www.abc.net.au/news/newsitems/s935709.htm).

76. Tobacco makers use 'cigarette girls' to skirt ad ban, Post says, Bloomberg News, 1er octobre 2003.

77. Richards J, Tye J, Fischer P. The tobacco industry's code of advertising in the United States : myth and reality. *Tobacco Control*, 1996, 5(4):295–311.

78. International Marketing Standards, 2001 (http://www.bat.com/oneweb/sites/uk__3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/DO52ADRK?opendocument&TMP=1).

79. Anon. Proposal for a voluntary code for cigarette advertising. Proposal. Guildford Depository. Date d'accès : 21 septembre 2001. Bates No. 500899945/500899446.

80. Non-Smokers' Rights Association. *A catalogue of deception : the use and abuse of voluntary regulation of tobacco advertising in Canada*. Ottawa, Non-Smokers' Rights Association, 1986.

81. Saloojee Y, Hammond R. *Fatal deception : the tobacco industry's "new" global standards for tobacco marketing*, INB-3 Alliance Bulletin – Framework Convention Alliance, 2001 (http://fctc.org/bulletin/Issue_14.pdf).

82. Pan American Health Association. *Profits over people*. Washington, DC, PAHO, novembre 2002 (www.paho.org).

83. Joossens, Ritthiphakde. *Role of multinationals and other private actors : trade and investment practices*. Paper presented at the WHO international conference on global tobacco control law : Towards a WHO Framework Convention on Tobacco Control. New Delhi (Inde), 2000 (http://www.who.int/tobacco/media/en/LUK2000X.pdf).

84. Action on Smoking and Health-UK. *Danger ! PR in the playground. Tobacco industry initiatives on youth smoking*. Londres, ASH-UK, 2001 (http://www.ash.org.uk/html/advspo/pdfs/playgroundreport.pdf).

85. Anon. Youth Campaigns. Philip Morris, Virginia, USA. 29 novembre 1996. Table. Date d'accès : 23 septembre 2001. Bates No. 2501109037/2501109038 (www.pmdocs.com).

86. British American Tobacco Company Limited. *Youth smoking prevention* (http://www.bat.com/oneweb/sites/uk__3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/DO52ANVW?opendocument&TMP=1).

87. Ontario Medical Association (OMA). *More smoke and mirrors : Tobacco industry-sponsored youth prevention programs in the context of comprehensive tobacco control programs in Canada. A position statement*. Février 2002, Toronto, OMA (http://www.oma.org/phealth/smokeandmirrors.htm).

88. Allocution du Directeur général à l'organe intergouvernemental de négociation de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac à sa cinquième session, Genève, mardi 15 octobre 2002 (http://www.who.int/gb.fctc/PDF/inb5/fin5d7.pdf).

89. Action on Smoking and Health-UK. *BAT Social Report Re-visited : ASH comes to BAT*. Londres, ASH-UK, octobre 2002 (http://www.ash.org.uk/html/conduct/html/socialreport.html).

90. Rowell A. MP's verdict : *tobacco boss is a "liar and a crook"*. Londres, ASH-UK, juin 2002 (http://www.andyrowell.com).

91. Myers ML. Philip Morris changes its name, but not its harmful practices. *Tobacco Control*, 2002, 11:169–170.

92. Campaign for Tobacco Free Kids, Action on Smoking and Health UK. *Trust us We're the Tobacco Industry*, Royaume-Uni, ASH-UK, avril 2001 (http://www.ash.org.uk/html/conduct/html/trustus.html).

93. Boffetta et al. Multicenter case-control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. *Journal of the National Cancer Institute*, 1998, 90:1440–1450.

94. Centre International de Recherche sur le Cancer. *Tabagisme passif et cancer: Immixtion de l'industrie du tabac dans la recherche menée par l'Organisation mondiale de la Santé*. Communiqué de presse, 7 avril 2000 (http://www.iarc.fr).

95. Hirschhorn N, Bialous SA, Shatenstein S. Philip Morris' new scientific initiative : an analysis. *Tobacco Control*, 2001,10:247–252 (http://www.tobaccoscam.ucsf.edu/pdf/9.6-Hirschhorn&Bialous.pdf; date d'accès : 27 mai 2003).

96. Enstrom JE, Kabat GC. Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of Californians, 1960–1998. *British Medical Journal*, 17 mai 2003, 326:1057 (http://bmj.com/cgi/reprint/326/7398/1057.pdf).

97. Anon. *A smokers' alliance* (Projet). Philip Morris, 9 juillet 1993. Exposé. Date d'accès : juin 2000. Bates No. 2022839671/2022839727 (http://www.pmdocs.com).

98. Traynor M, Begay M, Glantz S. New tobacco industry strategy to prevent local tobacco control. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270(4):479–486.

99. Givel M, Glantz S. Tobacco lobby political influence on US state legislatures in the 1990s. *Tobacco Control*, 2001, 10(2):124–134.

100. Mongoven C, Biscoe & Duchin. Destroying tobacco control activism from the inside. *Tobacco Control*, 2002, 11(2):112–118.

101. Tobacco Free Initiative. *The Tobacco Industry and Scientific Groups ILSI : A Case Study*. GGenève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (http://www.who.int/genevahearings/inquiry/ilsi.pdf).

102. Communication personnelle du sénateur Juan M. Flavier, 2002.

103. Jha P, Chaloupka FJ. The impact of trade liberalization on tobacco consumption. In : *Tobacco Control in Developing Countries*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000.

104. Beyer J, Yurekli A. Privatization of state-owned tobacco enterprises in Turkey and Ukraine. In : *Economic, social and health issues in tobacco control*. Report of a WHO International Meeting Kobe, Japon, 3–4 décembre 2001. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

105. Gilmore A. *Great CEE Smokeout : An update on the tobacco epidemic in the former Soviet Union*. Presentation at the CEE Smokeout Seminar in Warsaw, Poland, avril 2002, citant un rapport de marketing de BAT sur l'Ouzbékistan. Novembre 1993.

106. Philip Morris. *1991 Revised Forecast*. 6 juin 1991. Bates No. 2500058044-90 (http://www.pmdocs.com/getallimg.asp?if=avpidx&DOCID=2500058044/8090).

107. Gilmore A. *Great CEE Smokeout : An update on the tobacco epidemic in the former Soviet Union*. Presentation at the CEE Smokeout Seminar in Warsaw, Poland, avril 2002, citant un rapport de BAT sur la visite de M. Schroder à Kiev en octobre 1992.

108. Yach D, Bettcher D. Globalization of tobacco industry influence and new global responses. *Tobacco Control*, 2000, 9:206–216.

3

Les bases scientifiques des interventions antitabac

Lorsqu'un argument se fonde sur des preuves, il n'est guère besoin de citations

—Michael Hopkins, sur http://www.talkorigins.org/faqs/quotes/

Les terribles effets de la consommation de tabac sur la santé et les indicateurs économiques dans le monde entier font de la lutte antitabac un impératif de santé publique. Les responsables politiques et les planificateurs de la santé publique doivent reconnaître et accepter ce fait, si les pays veulent mettre en œuvre des interventions efficaces pour réduire le tabagisme. Ces interventions devront être proportionnées à l'épidémie de tabagisme, en ampleur et en portée.

La Banque mondiale et l'OMS ont comparé les avantages relatifs d'un certain nombre d'interventions visant à freiner la consommation de tabac. On peut les diviser en deux grandes catégories : celles qui visent à réduire la demande de tabac, et celles qui visent à en réduire l'offre (voir Tableau 1). Parmi les stratégies visant à réduire la demande, on peut également distinguer entre les mesures financières (augmentation des prix du tabac) et les mesures non financières. De façon générale, on estime que les interventions visant à réduire la demande sont celles qui ont le plus de chances de succès.

Les mesures d'accompagnement portent sur le soutien à la recherche en matière de lutte antitabac, la mise en place de dispositifs de surveillance et de suivi, l'échange systématique d'informations sur le tabac et la lutte antitabac, le lancement éventuel de procédures afin de recouvrer les dépenses de santé liées au tabagisme, la neutralisation de l'industrie du tabac, et la création de mécanismes de financement pour aider les pays en développement.

Interventions sur la demande : mesures financières

Les effets de ces mesures peuvent se résumer comme suit.

- L'augmentation des prix du tabac et des produits à base de tabac, essentiellement par la hausse de la taxation, est à elle seule la mesure la plus efficace pour réduire la consommation à court terme.

Tableau 1. Interventions visant à réduire la consommation de tabac

Interventions réduisant la demande	Interventions réduisant l'offre
• Mesures financières : – augmentation des prix du tabac et des produits à base de tabac, essentiellement par la taxation du tabac • Mesures non financières : – interdiction globale de la publicité et de la promotion des produits du tabac; – législation interdisant de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail; – apposition en évidence sur les paquets de cigarettes d'avertissements forts concernant la santé; – campagnes d'information et de sensibilisation – programmes de sevrage destinés aux personnes souhaitant cesser de fumer	• Lutte contre la contrebande • Restriction de l'accès des mineurs au tabac • Cultures de substitution pour les exploitations cultivant du tabac • Abolition des subventions gouvernementales à la culture du tabac

- Plus important encore, il est démontré que le prix exerce une influence majeure sur le nombre de jeunes qui commencent à fumer, modifiant par là profondément les tendances de la consommation à long terme.
- Il existe une nette corrélation inverse entre la taxation du tabac et sa consommation. Si les chiffres peuvent varier d'un pays à l'autre, dans l'ensemble, pour chaque hausse des taxes de 10%, on observe une baisse de la consommation de 4%.
- Les jeunes, les minorités et les fumeurs à faibles revenus sont deux à trois fois plus enclins que les autres fumeurs à cesser de fumer ou à fumer moins en cas de hausse des prix. Par conséquent, augmenter les prix du tabac et des produits à base de tabac protège ceux des segments vulnérables de la population auxquels le tabagisme fait courir les plus grands risques.

Interventions sur la demande : mesures non financières

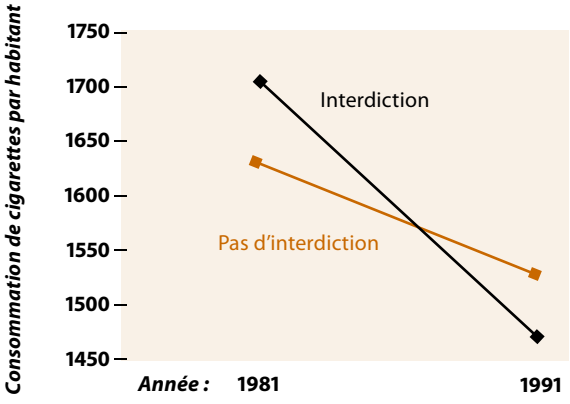
Les effets de ces mesures peuvent se résumer comme suit.

- Interdiction globale de la publicité : une recherche menée sur 102 pays montre que l'interdiction globale de la publicité réduit la consommation de 6% *(1)*.
- Politiques de lieux publics et lieux de travail non-fumeurs : selon des données sur les États-Unis d'Amérique, de telles politiques permettent de réduire la consommation de tabac de 4% à 10%.
- Avertissements en évidence : au Canada, la moitié des fumeurs désireux de cesser de fumer ou de réduire leur consommation sont motivés par les avertissements figurant sur les paquets de cigarettes.
- Campagnes d'information et de sensibilisation : en règle générale, d'après les données existantes, on estime que la conscience des dangers du tabagisme est assez peu développée dans les pays à revenus faibles et moyens.
- Programmes de sevrage : dans de nombreux pays, le coût d'une journée de traitement de substitution nicotinique (TSN) est à peu près le même que celui de la consommation journalière de tabac. Accroître le recours aux TSN pourrait amener 6 millions de fumeurs supplémentaires à cesser de fumer, et éviter 1 million de décès prématurés.

Figure 1. L'interdiction globale de la publicité réduit la consommation de cigarettes

Tendances de la consommation de cigarettes pondérée par habitant dans les pays à interdiction globale, en comparaison avec les pays sans interdiction (102 pays)

Source : Banque mondiale *(1)*



Interventions sur l'offre

Les approches actuellement adoptées pour réduire l'offre de tabac n'ont guère produit d'effets sur la consommation, à l'importante exception de la lutte contre la contrebande. Parmi les mesures immédiates, les programmes nationaux antitabac devraient se concentrer sur celle-ci comme principale intervention sur l'offre.

- Lutte contre la contrebande : il est essentiel de s'attaquer à une contrebande mondiale massive *(2)*, qui porte sur environ un tiers de toutes les cigarettes exportées légalement et 6,5% de toutes les cigarettes vendues. En outre, la contrebande de cigarettes provoque des dommages immenses :
  - elle permet à des consommateurs à faibles revenus et à des jeunes des pays en développement en quête d'image d'accéder à des marques internationales de premier plan;
  - les cigarettes illégales échappent aux restrictions légales et aux réglementations sanitaires;
  - l'industrie exploite l'argument de la contrebande pour dissuader les gouvernements d'alourdir la taxation du tabac;
  - les États perdent le produit des taxes sur chaque paquet de cigarettes de contrebande;
  - les documents de l'industrie du tabac indiquent que certains cigarettiers pourraient être impliqués dans des opérations de contrebande.
- Certains gouvernements ont entamé des poursuites contre des entreprises du tabac en raison des pertes subies du fait de la contrebande sur laquelle ces entreprises sont soupçonnées d'avoir fermé les yeux.
- S'attaquer à ce problème suppose de surveiller les voies d'acheminement des cigarettes; créer des systèmes de suivi des produits; d'apposer des timbres fiscaux infalsifiables sur les produits à base de tabac; d'imprimer des numéros de série uniques sur tous les emballages de produits du tabac; d'accorder des licences aux fabricants, exportateurs, importateurs, grossistes, entrepôts, transporteurs et détaillants; et d'alourdir les sanctions *(3)*.

Mesures d'accompagnement : les litiges

On compte aujourd'hui parmi les litiges des cas où des fumeurs et non-fumeurs entament des procédures pour atteintes à la santé; des poursuites d'intérêt public visant à contraindre l'industrie ou les gouvernements de s'acquitter de leurs obligations légales ou constitutionnelles; des procès engagés par les gouvernements en raison des dépenses de santé imputables au tabac ou des pertes de recettes dues à la contrebande; et des litiges entamés par l'industrie du tabac à l'encontre d'individus, d'organisations ou même de gouvernements. À la fin 2001, par exemple, British American Tobacco faisait face à 4419 procès aux seuls États-Unis d'Amérique.

COMMENCER À FUMER, CESSER DE FUMER : LES EFFETS DES INTERVENTIONS

Les différentes interventions sont efficaces à des degrés variables. Comme l'indique le Tableau 2, les hausses de prix constituent la manière la plus efficace d'obtenir que moins de jeunes ne commencent à fumer; l'efficacité de l'éducation, des interdictions de publicité, et des restrictions à la consommation et à la vente aux mineurs est moins solidement établie. Les hausses de prix encouragent en outre les fumeurs à s'arrêter, tout comme les autres interventions combinées.

Tableau 2. Effets des interventions sur l'initiation et le sevrage

Intervention	Initiation	Sevrage
Hausse de prix de 10%	Diminution de 3–10%	Durée abrégée de 11–13% Sevrage accru de 3%
Médias antitabac	Faible effet démontré	Tentatives et réussites accrues
Interdictions de publicité et de promotion	Réduisent les expérimentations et initiations	L'interdiction globale réduit la consommation d'environ 6%
Accessibilité aux jeunes	Faible effet démontré	Aucun effet démontré
Restrictions de consommation	Éléments montrant une moindre initiation	Restrictions au travail et au domicile les plus efficaces
Traitement de substitution nicotinique	Aucun effet démontré	Hausse du nombre de personnes qui décident et essaient d'arrêter

Source : Ross *(4)*

Point essentiel :

Une combinaison globale de politiques et de stratégies est nécessaire au succès de la lutte antitabac. Si les ressources sont limitées, les efforts devront d'abord porter sur la hausse des prix du tabac par l'augmentation des taxes.

RAPPORT COÛT/EFFICACITÉ DE DIVERSES INTERVENTIONS ANTITABAC

L'une des fictions répandues à propos de la lutte antitabac veut que, dans les pays en développement, elle ne soit ni pertinente ni rentable. Or le Tableau 3 montre que les interventions antitabac sont rentables dans les pays à revenus faibles/moyens et élevés, et que les hausses de prix sont les plus rentables de toutes.

- Dans les pays à revenus faibles et moyens, les mesures financières constituent les moyens les plus rentables de réduire la consommation, notamment dans la population jeune, suivies de mesures non financières comme les interdictions globales de publicité et de promotion; l'interdiction de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail; les avertissements en évidence sur les paquets; l'information et la recherche. Les produits pharmaceutiques sont comparativement plus coûteux.
- Dans les pays à hauts revenus, les hausses de prix restent la mesure la plus rentable, suivie de l'aide pharmaceutique au sevrage et des mesures non financières.

Tableau 3. Coût de diverses interventions antitabac dans les pays à revenus faibles/ moyens et élevés

Coûts de diverses interventions antitabac (en US$ par DALY* gagnée)

Région	Hausse de prix de 10%	Mesures non financières efficaces à 5%	TSN avec couverture de 25%
Revenus faibles/ moyens	4–17	68–272	276–297
Revenus élevés	161–645	1 347–5 388	746–1160

* DALY : années de vie ajustées sur l'incapacité

Source : Banque mondiale *(1)*

Le produit étant identique ou similaire partout dans le monde, l'action à entreprendre est également la même, ainsi que les obstacles à surmonter. Les interventions ont une rentabilité élevée, mais différente d'une région à l'autre.

- Nombre des interventions, telles que les avertissements sur les paquets ou la création de zones non-fumeurs, ne coûtent que la volonté politique de les mettre en place. Certaines mesures financières, comme la hausse de la taxation ou les sanctions contre la contrebande, auront pour conséquence d'accroître les recettes fiscales de l'État, tout en réduisant le nombre des jeunes fumeurs et en encourageant les adultes à cesser de fumer.
- Certaines mesures sont coûteuses, mais restent rentables (par exemple, la prestation de services de sevrage, y compris les traitements de substitution nicotiniques, ou les interdictions de publicité et de promotion).

LES BÉNÉFICES DE LA LUTTE ANTITABAC

La lutte antitabac est économiquement avantageuse pour les gouvernements, les entreprises et les fumeurs, tant dans les pays riches que dans les pays pauvres *(1)*. L'ampleur de l'épidémie de tabagisme, ses effets généralisés et meurtriers sur la survie et la santé, et les

ressources importantes dont elle prive les individus, les familles, l'économie et l'État, font de la lutte antitabac une priorité urgente de santé publique.

- Les bénéfices pour les pays sont notamment :
  - l'accroissement des surfaces disponibles pour les cultures alimentaires en lieu et place du tabac;
  - la réduction des coûts en devises liées aux importations de cigarettes;
  - la réduction des coûts liés aux maladies des fumeurs;
  - la réduction des coûts liés aux décès prématurés;
  - la réduction des coûts liés aux incendies provoqués par des fumeurs imprudents;
  - la réduction des coûts d'entretien des immeubles, etc.
- Les bénéfices pour les entreprises sont notamment :
  - l'accroissement de la productivité des salariés (moins de maladies, moins d'absences, pas de pauses-tabac);
  - la réduction du nombre d'incendies et d'accidents;
  - la réduction du coût des assurances;
  - la réduction des coûts d'entretien;
  - la réduction des risques de poursuites.
- Les bénéfices pour les fumeurs et leurs familles sont notamment :
  - les économies réalisées sur l'achat de cigarettes;
  - la réduction des absences au travail;
  - la réduction des dépenses de santé;
  - la réduction des risques de tabagisme passif au sein de la famille;
  - le sevrage est efficace à tout âge et à tout stade.

CONCLUSION

L'épidémie de tabagisme constitue l'un des plus grands défis lancés à la santé publique dans l'histoire de l'humanité. Aucune autre substance licite n'est aussi meurtrière, ni ne provoque une aussi forte dépendance. Or paradoxalement, les décès et maladies liés au tabac sont entièrement évitables. Les interventions visant à réduire la consommation de tabac sont connues et bien documentées. En outre, la rentabilité de ces interventions est établie tant dans les pays développés que dans les pays en développement.

La lutte antitabac est loin de constituer l'apanage des pays occidentaux.

- La première réglementation antitabac connue dans le monde a été édictée en 1729 au Bhoutan; elle interdisait la consommation de tabac dans tous les lieux de religion, et cette interdiction est toujours observée au jourd'hui.
- En général, la lutte antitabac est plus avancée dans les pays développés que dans les pays en développement, mais il existe des exceptions.
- Par exemple, la législation est beaucoup plus stricte en Afrique du Sud, au Brésil, aux Fidji, à Hong Kong SAR, en Mongolie, à Singapour, en Thaïlande et au Viet Nam que dans bien des pays occidentaux, ce qui montre bien que les pays en développement peuvent combattre l'épidémie.

- Singapour a interdit toute publicité il y a 30 ans, célèbre chaque année le Mois mondial sans tabac (et non la Journée), a aboli la détaxe des cigarettes, octroie des licences aux détaillants de tabac, et connaît la prévalence la plus faible du monde.
- La Thaïlande a fait participer des moines à la campagne antitabac; elle interdit totalement la publicité, exige l'affichage des ingrédients, et impose des avertissements explicites, y compris des messages directs tels que "Fumer rend impuissant".

Autrefois, les gouvernements et les planificateurs de santé publique tendaient à confier la lutte antitabac aux mains des médecins praticiens. Le rôle des professions de santé est certes essentiel, mais on sait aujourd'hui que le modèle médical ne suffit pas à lui seul. La lutte antitabac exige une approche globale, ayant recours à une combinaison stratégique de politiques, de législations et d'interventions programmées, ainsi qu'à la participation d'autres partenaires dans la société.

Le ministère de la santé, principal organisme chargé de la santé publique, devrait jouer les premiers rôles dans la promotion de la lutte antitabac au niveau national. Les gouvernements devraient agir avec célérité, soutenir l'action internationale avec la CCLAT OMS, et établir des programmes nationaux ambitieux pour endiguer les effets dévastateurs de l'épidémie de tabagisme sur les générations actuelles et futures.

Références

1. Banque mondiale. *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf).

2. Jha P, Chaloupka FJ. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000, Tableau 15.3, p. 373.

3. Joossens L, Raw M. Cigarette smuggling in Europe : who really benefits ? *Tobacco Control*, 1998, 7:66–71; Joossens L, Tobacco smuggling, *Tobacco Control Fact Sheet*, 21 février 2002 (http://www.ash.org.uk/html/factsheets/.html).

4. Ross H. *Economic determinants of smoking initiation and cessation*. Conference on public and private sector partnerships to reduce tobacco dependence, Prague (République tchèque), 13–14 décembre 2001. Illinois (USA), International Tobacco Evidence Network, 2002.

Bibliographie

Banque mondiale. *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf).

International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. 11–14 January 1999. Rapport. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/NCD/TFI/99.10).

Jha P, Chaloupka FJ. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

Mackay J, Eriksen M. *The tobacco atlas*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/tobacco).

Samet JM, Yoon SY, éds. *Women and the tobacco epidemic : challenges for the 21st century*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/NMH/TFI/01.1)

Selin H, Bolis M. *Developing legislation for tobacco control : template and guidelines*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2002 (http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=ENG&CD=SMOKE).

Simpson D. *Doctors and tobacco : medicine's big challenge*. Tobacco Control Resource Centre, British Medical Association, 2000.

Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/whr/2002/fr/).

Warner KE. The economics of tobacco : myths and realities. *Tobacco Control*, 2000; 9:78–89.

Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre pour la lutte antitabac. Disponible en :

anglais http://www.who.int/entity/tobacco/framework/fctc_booklet_english.pdf

arabe http://www.who.int/entity/tobacco/framework/fctc_booklet_arabic.pdf

chinois http://www.who.int/entity/tobacco/framework/fctc_booklet_chinese.pdf

espagnol http://www.who.int/entity/tobacco/framework/fctc_booklet_spanish.pdf

français http://www.who.int/entity/tobacco/framework/fctc_booklet_french.pdf

russe http://www.who.int/entity/tobacco/framework/fctc_booklet_russian.pdf

4

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT OMS) : la solution politique

Le processus de la Convention-cadre activera tous les sujets de réglementation qui ont une incidence directe sur la santé publique... Le défi à relever est la recherche en collaboration de solutions globales et nationales à un problème qui transcende les frontières, les cultures, les sociétés et les distinctions socio-économiques.

—Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général émérite, Organisation mondiale de la Santé

MONDIALISATION ET DROIT INTERNATIONAL

La mondialisation est le flux des informations, des biens, des capitaux et des personnes qui franchissent les frontières politiques et géographiques *(1)*. En tant que dynamique conduisant les pays à une plus grande interdépendance économique, politique et sociale, la mondialisation comporte des implications importantes pour la santé des populations dans le monde. Par exemple, l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a mis en évidence le rôle des transports internationaux dans la vitesse de propagation mondiale d'une maladie infectieuse. Mais la mondialisation offre également de vastes perspectives à la prévention et à la lutte contre les maladies.

La protection de la santé publique a été longtemps considérée comme relevant de la responsabilité nationale *(2)*. Cependant, en raison de la mondialisation, de nombreux aspects de la santé ne se limitent plus aux frontières géographiques des États souverains, et ne peuvent plus être résolues par les seules politiques nationales *(3)*. À mesure que les sphères nationale et internationale de la politique de santé s'interpénètrent davantage *(3)*, la possibilité se fait jour d'appliquer des instruments juridiques internationaux pour affronter les problèmes mondiaux de santé publique *(4)*. La mondialisation s'accompagne d'un besoin de normes et engagements éthiques et scientifiques mondiaux, qui soient légalement contraignants *(5)*, qui s'attaquent aux menaces globales pesant sur la santé, et qui offrent des occasions d'améliorer la santé.

L'intégration mondiale a engendré un déplacement de paradigme : la santé publique est devenue un sujet d'intérêt mondial, et les pays reconnaissent la dimension mondiale de la santé publique. De ce point de vue, les résultats de santé publique désirés peuvent s'analyser comme des biens publics mondiaux (BPM) de santé *(6)*. Parmi les BPM, on distingue entre les BPM intermédiaires et les BPM finaux.

- Les BPM intermédiaires sont ceux, comme les régimes juridiques internationaux, qui contribuent à la production de BPM finaux *(7)*.
- Les BPM finaux constituent des "résultats" plutôt que des "biens" au sens habituel du terme. Ils peuvent être matériels, comme l'environnement ou le patrimoine commun de l'humanité, ou immatériels, comme la paix ou la stabilité financière.

Puisqu'il n'existe pas d'autorité supranationale en mesure de produire des biens publics mondiaux, il est nécessaire de renforcer l'action intersectorielle, la coopération internationale et les partenariats pour obtenir des BPM finaux sous forme de résultats matériels. Une composante essentielle de cette coopération consiste à étendre l'emploi d'instruments juridiques internationaux, notamment le droit international conventionnel *(8)*. Les accords de droit international comme la CCLAT OMS sont parmi les plus importants des biens publics mondiaux intermédiaires, qui contribueront activement à atteindre le BPM final. Dans le cas de la CCLAT OMS, il s'agira de parvenir à réduire la charge de morbidité et de mortalité liée au tabagisme *(9)* et, par là, d'améliorer la santé publique mondiale.

LA CCLAT OMS ET LA MONDIALISATION DE L'ÉPIDÉMIE DE TABAGISME

La CCLAT OMS a été élaborée en réponse à la mondialisation actuelle de l'épidémie de tabagisme, amplifiée par un ensemble de facteurs complexes produisant des effets transfrontières, notamment la libéralisation des échanges, les investissements étrangers directs, le marketing mondial, l'internationalisation de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac, ainsi que le développement international de la contrebande et de la contrefaçon. Cette épidémie mondiale constitue l'un des fléaux de santé publique les plus graves du XX^{e} siècle. Aujourd'hui, au XXI^{e} siècle, l'épidémie de tabagisme, avec son cortège de dépendance, de maladies et de décès, se propage rapidement dans les pays à économies en développement et en transition : aujourd'hui, la majorité des fumeurs vivent dans les pays en développement. Si cette tendance devait se maintenir, les projections montrent que d'ici vingt à trente ans le tabac ne sera plus seulement la première cause de décès prématurés dans les pays industrialisés, mais dans le monde entier *(10)*. En fait, dans les pays en développement à faible mortalité, le tabac est déjà une des principales causes de morbidité et de mortalité *(11)*.

En vue de renforcer et de coordonner à l'échelle mondiale la riposte à l'épidémie de tabagisme, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le 24 mai 1999 une résolution qui préparait le terrain à l'accélération des négociations multilatérales sur une convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et ses éventuels protocoles connexes. Pour la première fois, les États Membres de l'OMS exerçaient ainsi les pouvoirs de traiter que leur reconnaît l'Article 19 de la Constitution de l'Organisation, stipulant : "L'Assemblée de la Santé a autorité pour adopter des conventions ou accords se rapportant à toute question entrant dans la compétence de l'Organisation." *(12)*

Les négociations de la CCLAT OMS ont pu être entamées grâce à la convergence inédite de différents facteurs :

- l'accumulation de preuves scientifiques établies sur une période de 50 ans, montrant les relations de cause à effet entre le tabagisme et plus de 20 classes majeures de maladies *(13)*, et d'éléments permettant de mesurer les ravages des maladies tabagiques au niveau mondial;
- la confirmation des conséquences économiques néfastes de l'épidémie de tabagisme; les travaux de la Banque mondiale ont été essentiels à cet égard *(13)*;
- la confirmation de l'existence de mesures antitabac rentables *13)*;
- l'ouverture de près de 35 millions de pages de documents secrets de l'industrie du tabac, à la suite d'un litige aux États-Unis d'Amérique, qui a fourni une occasion inespérée de mieux comprendre les stratégies et tactiques de l'industrie du tabac, et par là-même de faire avancer la cause de la santé publique *(14)*;
- la création par l'OMS d'un projet de cabinet, l'Initiative pour un monde sans tabac, destiné à concentrer l'attention, les ressources et l'action internationales sur l'épidémie globale de tabagisme. Cette nouvelle initiative a servi de tremplin au mandat de négociation pour le premier traité élaboré par l'OMS;

- les exemples de divers pays qui mènent avec succès la lutte antitabac. Ces pays diffèrent pourtant par leurs systèmes législatifs et politiques, par leurs spécificités culturelles, par leur stade de développement et par les caractères de leur production de tabac *(15)*.
- le soutien de la société civile, qui s'exprime sous la forme d'une pression de l'opinion sur les gouvernements en faveur de réglementations plus contraignantes, au fur et à mesure que la population prend conscience des dangers du tabac *(15)*.

L'approche réglementaire adoptée lors de la rédaction de la CCLAT OMS constitue une innovation. La réglementation sur le tabac défie l'imagination : les cigarettes, par exemple, se trouvent dans un entre-deux réglementaire, n'étant ni entièrement réglementées comme produits licites, ni traitées comme des produits illicites *(16)*. La CCLAT OMS se concentre sur la mise en œuvre au niveau mondial de stratégies à bases factuelles visant à réduire la demande, plutôt que d'agir sur le terme de l'offre comme c'est le cas dans les traités de lutte contre les stupéfiants *(14)*. La CCLAT OMS représente à cet égard un changement de paradigme dans l'élaboration de stratégies réglementaires concernant les substances qui induisent une dépendance : au contraire des précédents traités de lutte contre les stupéfiants, la CCLAT OMS affirme l'urgence de réduire la demande autant que l'offre.

La CCLAT OMS et ses futurs protocoles connexes reposent sur l'idée d'apporter un complément mondial, et non un substitut, aux actions antitabac nationales et locales. L'aboutissement des négociations de la CCLAT OMS et l'ouverture de la Convention à la signature et à la ratification[1] constituent pour les pays une occasion unique de renforcer leurs capacités nationales de lutte antitabac et d'améliorer la santé des populations dans le monde.

LE PROCESSUS DE LA CCLAT OMS ET SES ENSEIGNEMENTS

L'approche par la convention-cadre et les protocoles

Le modèle juridique retenu pour aborder la lutte antitabac au niveau mondial est celui de l'approche par la convention-cadre et les protocoles. Le terme de "convention-cadre" s'emploie pour décrire divers types d'accords juridiques comportant, à propos d'un sujet donné, des engagements sur les principes et un système général de gouvernance. À la différence des traités exhaustifs[2], qui s'efforcent de régler toutes les questions dans un seul document (comme le Traité sur le droit de la mer), une convention-cadre s'accompagne de protocoles[3]. La convention-cadre établit un consensus quant aux faits et obligations

1 Dans ce qui suit, le terme de ratification désigne aussi ses équivalents juridiques, à savoir acceptation, approbation, adhésion ou confirmation formelle.
2 Un traité est un accord international ayant force obligatoire, conclu par écrit entre des États, et gouverné par le droit international; "convention" est un autre terme désignant un traité.
3 Un protocole est également un type de traité. Il vient généralement compléter, préciser, amender ou qualifier un accord international existant, par exemple une convention-cadre.

nécessaires à une action internationale appropriée, tandis que les protocoles complètent, amendent ou qualifient cette convention-cadre, tout en établissant le plus souvent des engagements plus spécifiques ou des dispositions institutionnelles supplémentaires *(17, 18)*. Par conséquent, la négociation d'une convention-cadre ne constitue pas un processus complet, mais le début d'un nouveau processus qui implique la formulation d'un ou plusieurs protocoles.

Concernant la CCLAT OMS, deux protocoles avaient initialement la faveur d'un certain nombre d'États ayant participé à la négociation : l'un portait sur le commerce illicite des produits à base de tabac, et l'autre sur l'élimination de la publicité, de la promotion et du parrainage transfrontières. En mai 2003, l'Assemblée mondiale de la Santé est convenue que la décision de négocier les futurs protocoles devrait appartenir à la Conférence des parties après l'entrée en vigueur du traité. Le texte de l'Article 33 du traité stipule en effet : "Seules les Parties à la Convention peuvent être Parties à un protocole."

Historique de la CCLAT OMS

Il n'y a guère plus de dix ans, l'idée même d'un texte tel que la CCLAT OMS, d'un traité international de santé publique, aurait semblé incongrue. Le courage et le charisme de personnages clés comme M. Celso Amorim, ministre des affaires étrangères du Brésil, M. Seixas Corrêa, ambassadeur du Brésil, et Mme Brundtland, alors Directeur général de l'OMS, ont contribué à faire du texte final de la CCLAT OMS une réalité. La négociation du traité a été rude, et de nombreuses difficultés se sont présentées en cours de route. La clairvoyance de la présidence brésilienne de l'organe de négociation, assumée par MM. Amorim et Seixas Corrêa, a permis de maintenir le processus sur ses rails et d'adopter le texte conformément au calendrier prévu en mai 1999 par la résolution initiale de l'Assemblée générale de la Santé.

La première session de l'Organe intergouvernemental de négociation a eu lieu à Genève du 16 au 21 octobre 2000. Les textes provisoires des projets de dispositions qu'il était proposé d'inclure dans la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, formulés par un groupe de travail préalablement à l'ouverture des débats, y furent adoptés comme base valable des négociations. M. Amorin a ensuite rédigé un "texte du Président" de la convention-cadre, dont la première version a été rendue publique en janvier 2001 en tant que base de négociations pour la deuxième session.

Lors de cette deuxième session (Genève, 30 avril – 5 mai 2001), l'examen des différentes dispositions envisagées a été confié à trois groupes de travail, avec pour principal résultat les trois documents de travail des Coprésidents, ensemble des propositions de rédactions émises lors de la session et fondues au texte originel du Président. Ces documents formaient le projet de texte de la CCLAT OMS.

À la troisième session de l'organe de négociation, tenue à Genève du 22 au 28 novembre 2001, deux groupes de travail ont présenté des versions révisées, et le groupe de travail 1 a par la suite rédigé un texte. Ces documents ont servi à poursuivre les négociations de la quatrième session.

Prenant la succession de M. Amorim en tant que représentant permanent du Brésil à Genève, M. Seixas Corrêa fut élu président de l'Organe intergouvernemental de

négociation sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac lors de sa quatrième session (Genève, 18–23 mars 2002).

Il fut convenu que M. Seixas Corrêa rédigerait un nouveau texte du Président, qui servirait de base à la cinquième session de l'organe de négociation (14–25 octobre 2002), texte qui fut rendu public en juillet 2002. Les quatre premières sessions de l'organe de négociation s'étaient penchées sur de nombreuses rédactions alternatives du texte; les délibérations concertées de la cinquième session permirent de resserrer les débats, et de se concentrer sur des négociations plus précises.

La sixième et dernière session de l'organe de négociation s'est déroulée du 17 février au 1er mars 2003. Les négociations, intenses, ont couvert un large éventail de questions importantes, comme la publicité, la promotion et le parrainage; et deux groupes informels ont débattu des ressources financières. Lors de sa séance plénière finale, l'Organe intergouvernemental de négociation a décidé de transmettre le texte à la 56ème Assemblée de la Santé, pour examen et adoption conformément à l'Article 19 de la Constitution. Le 21 mai 2003 marque une date dans l'histoire de la santé publique : c'est le jour où le texte fut adopté à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la Santé.

La puissance du processus

Les partenariats multisectoriels joueront un rôle essentiel dans le processus de la CCLAT OMS après son adoption. Si le manque de coordination et de collaboration multisectorielles a rendu les négociations plus difficiles, les débats ont amené les gouvernements à être plus conscients, et plus motivés que jamais pour appliquer des mesures antitabac globales. La CCLAT OMS incite en outre fortement à l'implication de multiples ministères.

Par son existence même, la négociation de la CCLAT OMS a stimulé la prise de mesures antitabac aux niveaux national, régional et mondial. De nombreux pays ont mis en place des comités intersectoriels de lutte antitabac pour préparer cette négociation. Le processus du traité a ainsi été l'occasion d'élargir le débat aux ministères des affaires étrangères, du commerce et de l'agriculture. Il a également suscité la création de comités de coordination nationaux rassemblant différents secteurs. L'OMS a proposé aux pays des séminaires techniques et des crédits de démarrage pour aider à ce processus. C'est ainsi que, dans le cadre de son action de renforcement des capacités nationales de lutte antitabac, l'OMS a fourni à plusieurs pays de différentes régions des crédits de démarrage destinés à lancer ou à renforcer les activités nationales contre le tabagisme dans des domaines d'intervention essentiels. L'OMS a également fourni une assistance technique à ces pays, en organisant des séminaires tels que celui qui s'est tenu à Rio de Janeiro pour le groupe des pays de langue portugaise. Le projet de la Fondation des Nations Unies (FNU) "Protection des jeunes contre le tabagisme dans cinq pays" intègre le cadre OMS de renforcement des capacités nationales. Plusieurs pays pilotes ont affecté des cadres nationaux à la lutte antitabac, et travaillent actuellement à l'élaboration de plans d'action nationaux et à la mise sur pied d'interventions antitabac dans certains domaines essentiels. Au titre de ce projet, des partenariats antitabac de base ont été constitués au niveau des pays entre différents ministères, des instituts de santé publique, des ONG, ainsi que d'autres organismes internationaux susceptibles de contribuer à la durabilité de la lutte antitabac.

Le processus de la CCLAT OMS s'est en outre acquis le soutien de la société civile, notamment parmi les ONG. Aux premiers temps des négociations, en 1998, seule une poignée d'ONG bien informées désiraient participer à cette entreprise novatrice de santé publique. À la fin des négociations, une alliance de plus de 200 ONG s'était ralliée à la CCLAT OMS. Elles sont désormais au premier plan de l'action visant à neutraliser les cigarettiers dans leurs tentatives pour faire échouer les programmes antitabac. En octobre 2000, avant le début des négociations, l'OMS a organisé des auditions publiques mondiales, les premières dans l'histoire de l'Organisation. Ces auditions ont permis à tous les membres de la société civile, des agences de santé publique aux planteurs et à l'industrie du tabac, d'exprimer leur point de vue au sujet des négociations de la CCLAT OMS : l'OMS a reçu plus de 500 communications au cours de cet exercice, et plus de 140 ONG ont été entendues à Genève.

Au niveau mondial, le Secrétaire général des Nations Unies, M. Koffi Annan, a constitué un Groupe de travail animé par l'OMS, destiné à consolider le soutien à la lutte antitabac au sein du système des Nations Unies. Le Groupe spécial interinstitutions de l'ONU sur la lutte antitabac a été créé en 1999 en vue d'intensifier la riposte conjointe des Nations Unies et de stimuler le soutien mondial à la lutte antitabac. Ce groupe spécial réunit notamment l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Fonds monétaire international (FMI), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale, et l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

Qu'est-ce que la CCLAT OMS ?

La CCLAT OMS est un accord général soigneusement équilibré. Il est essentiel de bien comprendre les dispositions qui obligent les Parties à mettre en œuvre des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres, pour répondre à la nécessité de réduire la prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée de tabac.

L'objectif de la Convention, tel qu'il est présenté à son Article 3, présente une occasion exceptionnelle d'améliorer la santé publique et de réduire les décès et les souffrances imputables au tabagisme :

> *L'objectif de la Convention et de ses protocoles est de protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac en offrant un cadre pour la mise en oeuvre de mesures de lutte antitabac par les Parties aux niveaux national, régional et international, en vue de réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac. (19)*

L'assentiment croissant que recueillent ces meilleures pratiques se cristallise aujourd'hui dans la CCLAT OMS. Dès son entrée en vigueur, cet important traité obligera les pays qui y deviendront Parties à prendre des mesures législatives ou réglementaires dans un certain nombre de domaines précis. Toutefois, indépendamment des obligations juridiques qu'il entraîne, le traité mentionne les stratégies législatives les plus efficaces dans la plupart des

domaines. Aussi la CCLAT OMS pourra-t-elle être employée comme cadre d'une action véritablement mondiale, même dans les pays qui ne pourraient pas devenir Parties au traité.

La CCLAT OMS reconnaît ce point de départ logique, et dit que "chaque Partie en fonction de ses capacités [...] met en place ou renforce, et dote de moyens financiers, un dispositif national de coordination ou des points focaux nationaux pour la lutte antitabac" *(20)*. Ce dispositif pourra être un bureau centralisé au sein du ministère de la santé ou d'un organisme similaire. Par exemple, la Thaïlande a officiellement créé en 1989 un comité interinstitutions, comprenant entre autres le ministère de la santé publique et le département des services médicaux *(21)*. Ce comité est chargé de formuler la politique antitabac du pays *(21)*. Une alternative consiste à répartir les responsabilités de divers aspects du programme entre différents organismes, comme c'est le cas au Brésil où le programme national antitabac est dirigé par un service dépendant du ministère de la santé, tandis qu'un organisme de réglementation extérieur est chargé de réglementer les produits.

Dès le premier paragraphe de son préambule, la CCLAT OMS donne le ton sur le plan mondial : "Les Parties à la présente Convention, résolues à donner la priorité à leur droit de protéger la santé publique..." Et comme on l'a vu plus haut, elle établit un nouveau paradigme réglementaire pour la consommation de substances induisant une dépendance.

Les dispositions spécifiques tendant à réduire la demande et l'offre de tabac font l'objet des articles 6 à 17 de la CCLAT OMS.

Dans l'équation de la lutte antitabac, du côté de la demande, la convention appelle les pays à adopter, à mettre à jour et à appliquer des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres dans les domaines suivants :

- **Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac (Article 6).** Les mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac, en particulier chez les jeunes *(22)*, ce que reconnaît la CCLAT OMS *(23)*.
- **Protection contre l'exposition à la fumée du tabac (Article 8).** La CCLAT OMS demande aux Parties d'adopter et d'appliquer des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres "prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics" *(24)*. Si une Partie ne dispose pas de la compétence juridique pour ce faire au niveau national, elle "encourage activement" des mesures équivalentes au niveau de sa juridiction *(24)*. Les données scientifiques ne laissent guère douter que l'unique manière de parvenir à une protection réelle soit de faire de ces lieux des espaces sans fumée.
- **Réglementation de la composition des produits du tabac (Article 9).** La Conférence des Parties devra proposer des directives utilisables par les pays pour les tests et l'analyse de la composition et des émissions des produits du tabac. Les Parties devront adopter et appliquer des mesures à cet égard au niveau national.
- **Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer (Article 10).** La CCLAT OMS oblige en outre les pays à exiger des fabricants et des importateurs de produits du tabac qu'ils communiquent aux autorités gouvernementales

les informations relatives à la composition et aux émissions des produits du tabac. Les Parties doivent de plus adopter des mesures pour que ces informations soient rendues publiques.

- **Conditionnement et étiquetage des produits du tabac (Article 11).** Les emballages de produits du tabac constituent un moyen puissant de promotion du contenu, qui prend de l'importance dans le "mix-produit" à mesure que sont restreintes les autres formes de promotion *(25)*. Sans parler de la visibilité évidente du paquet à chaque cigarette allumée par le fumeur, dans bien des pays les buralistes sont payés par les entreprises du tabac pour accumuler des rangées entières superposées de paquets près de la caisse enregistreuse, déployant ainsi un étalage promotionnel attrayant à l'endroit même où le consommateur s'apprête à acheter *(26)*.

  De la même façon, si des messages de santé bien apparents sont exigés sur les paquets, leur affichage devient un instrument précieux pour promouvoir la santé publique. Puisque le fumeur les a sous les yeux plusieurs fois par jour, ces paquets sont un des moyens de communication les plus efficaces et les moins coûteux dont disposent les États pour sensibiliser et informer les consommateurs quant aux dangers du tabac *(27)*. C'est pourquoi de nombreux pays emploient les emballages de tabac pour sensibiliser la population, en imposant le plus souvent aux fabricants d'apposer en évidence sur chaque paquet un avertissement dissuasif. La meilleure pratique reconnue en la matière est celle du Brésil et du Canada, où la moitié des rayonnages exposant principalement des paquets de cigarettes doivent exposer des messages d'avertissement en boucle, en gros caractères et en couleurs, présentant des photographies et autres supports graphiques et véhiculant un message de santé fort[4]. La CCLAT OMS fait de cette approche une norme mondiale, en disant que dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la Convention en ce qui concerne chaque Partie, celle-ci adopte et applique conformément à sa législation nationale des mesures efficaces pour faire en sorte que : " a) le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac ne contribuent pas à la promotion d'un produit du tabac par des moyens fallacieux, tendancieux ou trompeurs, ou susceptibles de donner une impression erronée quant aux caractéristiques, effets sur la santé, risques ou émissions du produit, y compris des termes, descriptifs, marques commerciales, signes figuratifs ou autres qui donnent directement ou indirectement l'impression erronée qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que d'autres, comme par exemple des termes tels que « à faible teneur en goudrons », « légère », « ultra-légère » ou « douce » *(30)*. Vu l'importance de ces mesures, il serait hautement souhaitable de les faire figurer dans toute législation antitabac globale, même dans les pays qui ne sont pas Parties à la CCLAT OMS.
- **Education, communication, formation et sensibilisation du public (Article 12).** Les campagnes massives et répétées d'information publique sont un moyen important de modifier les attitudes, les croyances et les normes des sociétés. La CCLAT OMS demande que chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces pour favoriser la sensibilisation et l'accès à l'information du public quant aux caractéristiques dépendogènes du tabac, aux risques

4 On trouvera des exemples des avertissements exigés au Brésil et au Canada sur http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/040601_1.htm (Brésil), et http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/photos/tabac_etiquetage/index.htm (Canada).

pour la santé de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac, aux avantages du sevrage tabagique et aux agissements de l'industrie du tabac.

- **Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage (Article 13).** La CCLAT OMS dit que chaque Partie, "dans le respect de sa constitution ou de ses principes constitutionnels, instaure une interdiction globale de toute publicité en faveur du tabac et de toute promotion et de tout parrainage du tabac [...] dans les cinq années suivant l'entrée en vigueur de la Convention pour cette Partie..."[5]. C'est là une pièce maîtresse de tout programme à base factuelle. Les Parties que leur constitution ou leurs principes constitutionnels empêchent d'édicter une interdiction globale doivent instaurer toute une série de restrictions à toute publicité en faveur du tabac et à toute promotion et tout parrainage du tabac *(31)*.
- **Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique (Article 14).** Les mesures visant à encourager le sevrage tabagique des fumeurs font partie intégrante de toute approche globale; elles complètent les stratégies axées sur l'éducation et la prévention. La CCLAT OMS demande aux Parties de s'acquitter de cette obligation en s'efforçant :
  - de mettre en œuvre des programmes de sevrage non seulement dans les établissements de santé, mais aussi sur les lieux de travail, dans les établissements d'enseignement et autres lieux;
  - d'inclure le diagnostic et le traitement de la dépendance à l'égard de la nicotine dans les programmes de santé nationaux;
  - de mettre sur pied, dans les établissements de santé et les centres de réadaptation, des programmes de diagnostic, de conseil, de prévention et de traitement;
  - de collaborer avec les autres pays afin de faciliter l'accès à un traitement de sevrage, y compris aux produits pharmaceutiques *(32)*.

Du côté de la lutte contre l'offre de tabac, la CCLAT OMS appelle les Parties à instaurer, à mettre à jour et à appliquer des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres dans les domaines suivant :

- **Commerce illicite des produits du tabac (Article 15).** La CCLAT OMS reconnaît que l'élimination de toutes les formes de commerce illicite de produits du tabac, y compris la contrebande, constitue un aspect essentiel de la lutte antitabac *(33)*. Elle demande aux Parties de prendre un certain nombre de mesures telles que :
  - renforcer la législation sanctionnant la contrebande;
  - assurer le marquage de chaque paquet pour aider à sa traçabilité;
  - exiger le marquage des paquets pour indiquer leur pays de destination;
  - coopérer avec les autres pays pour surveiller et contrôler les mouvements de produits et enquêter sur leur détournement;
  - élaborer un régime permettant de suivre et de retrouver la trace des produits;
  - recueillir et échanger des informations sur le commerce illicite transfrontières des produits du tabac; et

5 Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Article 13. Le traité définit la "publicité en faveur du tabac et promotion du tabac" comme " toute forme de communication, recommandation ou action commerciale ayant pour but, effet ou effet vraisemblable de promouvoir directement ou indirectement un produit du tabac ou l'usage du tabac" (Article 1).

– saisir et détruire les produits de contrebande, et confisquer les profits dérivés du commerce illicite *(34)*.

Les Parties s'efforceront en outre d'adopter d'autres mesures, y compris le cas échéant :

– l'octroi de licences pour identifier, surveiller et contrôler les acteurs de la chaîne de distribution. Au-delà de ces mesures, la CCLAT OMS appelle à la coopération régionale, sous-régionale et internationale pour lutter contre le commerce illicite, y compris dans les enquêtes et les poursuites des infractions. Ces obligations conventionnelles sont l'énumération d'éléments de législation potentiels.

- **Vente aux mineurs et par les mineurs (Article 16).** Cet article comporte des dispositions sur les méthodes de vente, et notamment :
  – des restrictions quantitatives sur les ventes de produits du tabac. Selon la CCLAT OMS, les Parties doivent s'efforcer d'interdire la vente de cigarettes à la pièce ou par petits paquets, ce qui facilite l'accès de ces produits aux mineurs *(35)*;
  – l'obligation d'affichage sur tous les lieux de vente au détail. En fonction de l'approche adoptée, l'affichage peut conforter les objectifs de santé du gouvernement, ou s'en écarter. Certains affichages, et en particulier ceux que propose l'industrie du tabac dans le cadre de ses programmes de "prévention de la fumée chez les jeunes", risquent en fait de véhiculer des messages encourageant pernicieusement les jeunes à fumer, alors que de fortes images visuelles combinées à des messages informatifs peuvent favoriser l'application de la loi et édifier l'opinion publique;
  – l'interdiction de toute exposition visible de produits du tabac, afin d'éviter que les paquets eux-mêmes servent de moyen de promotion. En Australie et au Canada, certaines autorités sous-nationales ont restreint ou interdit l'exposition *(36)*;
  – l'interdiction de la vente de tabac par les mineurs. La CCLAT OMS dispose que les pays devraient adopter des mesures pour interdire la vente de tabac par les mineurs *(37)*.
- **Appui à des activités de substitution économiquement viables (Article 17).** Dans cet article et d'autres de la Convention, celle-ci reconnaît la nécessité de venir en aide aux cultivateurs et travailleurs du secteur du tabac, dont les conditions de vie sont sérieusement compromises par la lutte antitabac *(38)*, et elle encourage les pays à appuyer la diversification des cultures et autres solutions de substitution économiquement viables dans le cadre de stratégies de développement durables *(39)*.

Un autre caractère innovant de la CCLAT OMS consiste à introduire la notion de responsabilité au cœur des dispositions du traité *(40)*. Les questions de responsabilité ne figurent que rarement dans les autres conventions-cadres, car elles sont souvent sensibles et risquent de faire échouer les négociations sur d'autres points essentiels. Pourtant, les négociations de la CCLAT OMS ont permis de rédiger une disposition à ce propos. La Convention relève que les questions relatives à la responsabilité sont elles aussi un élément important d'une lutte antitabac globale *(41)*. Elle recommande en outre explicitement aux pays d'envisager de prendre des mesures législatives en matière de responsabilité civile et pénale *(42)*.

L'une des fonctions essentielles de nombreux traités est de faciliter la coopération scientifique et les échanges d'informations. La CCLAT OMS prévoit aux articles suivants des dispositions à propos de ces importantes questions :

- Article 20 – Recherche, surveillance et échange d'informations;
- Article 21 – Notification et échange d'informations;
- Article 22 – Coopération dans les domaines scientifique, technique et juridique et fourniture de compétences connexes.

Tous les traités ne prévoient pas de financement ni d'assistance technique pour leur mise en œuvre. Mais la CCLAT OMS appartient à cette famille d'accords internationaux qui s'attache à assurer ces ressources. Les dispositions correspondantes figurent à l'Article 26 du traité : celui-ci engage les Parties à fournir un appui financier à leurs mesures nationales contre le tabac, et encourage l'utilisation de voies de financement et de ressources financières innovantes, y compris les transferts de technologies, afin de permettre aux pays en développement et en transition de s'acquitter de leurs obligations en vertu de la Convention.

On remarquera enfin que la CCLAT OMS constitue une norme globale minimum. Ce point est reconnu à l'Article 2 qui stipule : "les Parties sont encouragées à appliquer des mesures allant au-delà des dispositions de la Convention et de ses protocoles..." *(43)*.

Après son adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé, le texte a été déposé auprès du Secrétaire général des Nations Unies, et ouvert à la signature.

LA PHASE POST-ADOPTION DANS LE PROCESSUS DE LA CCLAT OMS

Une phase cruciale des travaux de la CCLAT OMS s'est ouverte après son adoption, en mai 2003. Une grande part de ces activités sont en effet passées alors du niveau international aux niveaux national et sous-régional. L'Article 36 de la version finale de la Convention stipule que 40 ratifications sont requises pour l'entrée en vigueur du traité, c'est-à-dire pour qu'il acquière force de loi ou devienne légalement contraignant pour les pays qui l'auront ratifié. La CCLAT OMS a été officiellement ouverte à la signature à Genève du 16 au 22 juin 2003, puis du 30 juin 2003 au 29 juin 2004 au siège de l'Organisation Nations Unies, dépositaire du traité. Aux termes du droit international, les trois seules autorités habilitées à signer des traités sans autre formalité sont les chefs d'États, les chefs de gouvernements et les ministres des affaires étrangères. Toutes les autres autorités, y compris les autres ministres, doivent présenter de pleins pouvoirs afin de signer la Convention. L'adhésion politique massive suscitée par la CCLAT OMS se vérifie par le nombre impressionnant des signatures : dans les 6 mois de son ouverture à la signature, près de la moitié des États Membres de l'OMS avaient signé le traité. En outre, peu après le 16 juin 2003, plusieurs pays ont entrepris des démarches pour devenir Parties à la Convention.

Pour un État, le fait de signer la CCLAT OMS manifeste son intention de devenir Partie à la Convention, mais n'entraîne pas encore d'obligations au fond. Pourtant, signer un traité produit aussi des droits et obligations limités avant même son entrée en vigueur. Un signataire acquiert ainsi le droit de recevoir des notifications concernant le traité de la part de son dépositaire. De façon analogue, le signataire doit s'abstenir d'actes qui

priveraient un traité de son objet et de son but, tant qu'il n'a pas manifesté son intention de ne pas devenir partie au traité (Article 18 de la Convention de Vienne).

Tout État devenant Partie à la CCLAT OMS s'engage à en appliquer les dispositions. La Convention entrera en vigueur 90 jours après la date de dépôt du quarantième instrument de ratification auprès du dépositaire, l'ONU. C'est à partir de ce moment que les dispositions de la CCLAT OMS obligeront légalement les États qui y seront Parties. Pour tout État devenant Partie au traité après la quarantième ratification, l'entrée en vigueur aura lieu le quatre-vingt-dixième jour suivant la date du dépôt par cette Partie de son instrument de ratification. Les États ou les organisations d'intégration économique régionale, comme l'Union européenne, qui ne deviennent pas Parties au traité ne sont pas liés par ses dispositions.

La période au cours de laquelle les États deviennent Parties à la CCLAT OMS est évidemment cruciale pour la Convention. Sans parler de l'objectif des 40 ratifications assurant son entrée en vigueur, cette phase pourra être mise à profit par les pays afin d'examiner leurs capacités nationales de lutte antitabac, en termes de ressources humaines, de compétences techniques, de ressources financières et de volonté politique, ainsi que leur aptitude à devenir Partie et à appliquer le traité *(44)*. Les dispositions nationales qui règlent l'entrée en vigueur sont gouvernées par les lois du pays, et souvent par sa constitution. Ces dispositions "prévoient quels traités peuvent être conclus sous la seule autorité de l'exécutif, et quels autres nécessitent une forme d'accord du législatif, et en ce cas de quelle Chambre et par quelle majorité... Elles pourront aussi préciser certaines choses qu'un État n'a pas le droit de faire, et auxquelles il ne peut donc pas s'engager par traité" *(45)*. Au niveau national, une succession d'étapes seront nécessaires à l'approbation de la ratification de la CCLAT OMS, par exemple :

> *la traduction de la CCLAT OMS et de ses documents annexes dans la langue nationale; un examen des obligations internationales déjà souscrites par l'État, afin de vérifier l'absence de conflits entre ces traités et la CCLAT OMS; un examen analogue des prescriptions constitutionnelles et statutaires de l'État; et une étude des avantages que présenterait pour l'État le régime juridique instauré par la Convention (46)*

Les autorités responsables de ces différentes étapes seront très variables d'un État à l'autre, en fonction des structures de gouvernement et de la répartition des pouvoirs.

CONCLUSION

Les dispositions de la CCLAT OMS jettent les bases du processus de renforcement des capacités nationales. Ses obligations générales se définissent comme suit :

- création ou renforcement et financement de dispositifs nationaux de coordination ou de points focaux pour la lutte antitabac;
- adoption et application de mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres, et coopération, le cas échéant, avec d'autres Parties afin d'élaborer des politiques

appropriées pour prévenir et réduire la consommation de tabac, la dépendance à l'égard de la nicotine et l'exposition à la fumée du tabac.

La phase qui suit l'adoption met en lumière la nécessité d'agir au niveau des pays, et celle de disposer d'infrastructures permettant de s'attaquer avec succès aux principaux aspects d'un programme antitabac. Réussir à enrayer l'épidémie de tabagisme est une affaire de ressources et de volonté politique. Les problèmes et leurs solutions sont manifestes, et le processus de la CCLAT OMS a permis de renforcer la volonté politique. Pour que les progrès se poursuivent, il est essentiel d'accroître les capacités nationales de lutte antitabac et d'en assurer la permanence, particulièrement dans les pays en développement et en transition, pour leur permettre de tenir leurs principaux engagements au titre de la CCLAT OMS et de mettre en œuvre les politiques et programmes qui en relèvent. La communauté mondiale a aujourd'hui la possibilité d'agir tant au niveau des pays qu'au niveau international. Grâce à l'élan créé par ce traité international, elle est en mesure de progresser globalement à l'encontre de l'industrie du tabac.

Avec la conclusion de la CCLAT OMS, la lutte globale contre le tabac a été de fait redéfinie. Dans le passé, la mise en œuvre de stratégies globales antitabac reposait avant tout sur des actions nationales et locales. La reconnaissance du fait que même les meilleurs régimes nationaux de lutte antitabac peuvent être compromis par des facteurs transfrontières a rendu impérative l'application de mesures au niveau mondial, comme celles de la CCLAT OMS. Les pays qui chercheront dans l'avenir à mettre en œuvre des stratégies globales de lutte antitabac devront adopter les dispositions de la CCLAT OMS en complément de leurs mesures nationales et locales.

Par conséquent, afin de porter au maximum l'utilisation de la CCLAT OMS en tant qu'instrument de santé publique, il convient d'en faire une réalité au niveau des pays en l'employant comme complément, et non comme substitut, aux actions qui doivent y être menées. Les réseaux de partenariats tissés au cours des négociations de la Convention contribueront à préparer son application au niveau des pays. Comme l'indique le Directeur général de l'OMS, M. LEE Jong-wook,

> *Les négociations de la CCLAT OMS ont déjà déclenché un processus qui s'est traduit par des différences visibles au niveau des pays. Le succès de la CCLAT OMS en tant qu'instrument de santé publique dépendra de l'énergie et de l'engagement politique que nous consacrerons à sa mise en œuvre dans les pays au cours des années à venir. Sa réussite se traduira par une meilleure santé publique dans le monde, au bénéfice de tous.*

Pour parvenir à ce résultat, la volonté et l'engagement qui ont caractérisé les négociations devront s'étendre aux niveaux national et local, de sorte que l'idée qui préside à la CCLAT OMS se fasse réalité.

Références

1. Daulaire N. *Globalization and health*. Document présenté à la Table ronde sur les réponses à la mondialisation : repenser l'équité et la santé. Genève, juillet 1999.

2. Taylor A, Bettcher DW. La convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : un "bien" mondial pour la santé publique. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles N° 4, 2001:28–37.

3. Taylor A, Bettcher DW, Peck R. International law and the international legislative process : The WHO Framework Convention on Tobacco Control. In : Smith et al., éds. *Global public goods for health*. Oxford, Oxford University Press, 2003:Chapitre 11.

4. Yach D, Bettcher DW. The globalization of public health : threats and opportunities. *American Journal of Public Health*, 1998, 88(5):735–38.

5. Résolution WHA51.7. Politique de la santé pour tous pour le XXIe siècle. *Cinquante et unième Assemblée mondiale de la Santé*, Genève, 11–16 mai 1998 (http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Wha-fr&softpage=Browse_Frame_Pg42).

6. Chen LC, Evans TG, Cash RA. Health as a global public good. In : Kaul I, Grundberg I, Stern MA, éds. *Global Public Goods*. New York, Oxford University Press, 1999:284–304.

7. Kaul I, Grundberg I, Stern MA. Defining global public goods. In : Kaul I, Grundberg I, Stern MA, éds. *Global Public Goods*. New York, Oxford University Press, 1999:xix–xxxviii.

8. Taylor A, Bettcher DW. La convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : un "bien" mondial pour la santé publique. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles N° 4, 2001:28–37.

9. Taylor A, Bettcher DW, Peck R. International law and the international legislative process : The WHO Framework Convention on Tobacco Control. In : Smith et al., éds. *Global public goods for health*. Oxford, Oxford University Press, 2003:Chapitre 11.

10. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

11. *Basic Documents, 42nd ed*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002:7.

12. Doll R. Uncovering the effects of smoking : historical perspective. *Statistical Methods in Medical Research*, 1998, 7:87–117.

13. Jha P, Chaloupka FJ, éds. *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000.

14. Yach D, Bettcher DW. Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. *Tobacco Control*, 2000, 9(2):206–216.

15. Da Costa e Silva VL, Nikogosian H. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco : la globalización de la salud pública. [La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : la mondialisation de la santé publique.] *Prevención del Tabaquismo [Prévention du tabagisme]* 2003, 5(2):71–75.

16. Bettcher DW. International law and health – Two approaches : the World Health Organization's Tobacco Initiative and international drug controls. In : *Proceedings of the 94th annual meeting of the American Society of International Law*. Washington, DC, American Society of International Law, 2000:196.

17. Bodansky D. *The Framework Convention Protocol Approach*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/NCD/TFI99.1).

18. Taylor AL, Roemer R. *An international strategy for tobacco control*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (WHO/PSA/96.6).

19. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 3.

20. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 5, paragraphe 2.

21. Communication personnelle de M. Hatai Chitanondh, Président de l'Institut thaïlandais de promotion de la santé, 2003.

22. Jha P, Chaloupka FJ, éds. *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000.

23. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 6, paragraphe 1.

24. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 8, paragraphe 2.

25. Wakefield M et al. The cigarette pack as image : new evidence from tobacco industry documents. *Tobacco Control*, 2002, 11:73i–80.

26. Feighery EC et al. Cigarette advertising and promotional strategies in retail outlets : results of a statewide survey in California. *Tobacco Control*, 2001, 10:184–188.

27. Mahood G. Warnings that tell the truth : breaking new ground in Canada. *Tobacco Control*, 1999, 8:356–362.

28. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 11, paragraphe 1.

29. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 11, paragraphe 1 (b).

30. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 11, paragraphe 1 (a).

31 Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 13, paragraphes 3–8.

32. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 14, paragraphe 2.

33. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 15, paragraphe 1.

34. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 15, paragraphe 4.

35. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 16, paragraphe 3.

36. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 16, paragraphe 1.

37. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 16, paragraphe 7.

38. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 4, paragraphe 6, et Article 17.

39. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 26, paragraphe 3.

40. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 19.

41. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 4, paragraphe 5; Blanke D. *Towards health with justice : litigation and public inquiries as tools for tobacco control*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://repositories.cdlib.org/tc/whotcp/WHO1).

42. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 19, paragraphe 1.

43. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Article 2, paragraphe 1.

44. Blanke D. *Tobacco control legislation : an introductory guide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003:Chapitre IV.

45. Szasz P. General law-making processes. In : Joyner C, éd. *The United Nations and international law*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995:85.

46. Blanke D. *Tobacco control legislation : an introductory guide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003:Chapitre XII.

Deuxième Partie

De la théorie à la pratique

Deuxième Partie
De la théorie à la pratique

5. L'élaboration d'un plan d'action national
6. Des infrastructures efficaces pour les programmes antitabac
7. Formation et éducation
8. Communication et sensibilisation pour atteindre la masse crritique
9. L'action dans les médias
10. Choix et programmation des activités antitabac
11. Mesures législatives et réglementaires
12. Étude des mesures économiques et des initiatives de financement
13. Comment affronter l'industrie du tabac

5

L'élaboration d'un plan d'action national

C'est en sauvant les hommes que les hommes se rapprochent le plus de la divinité.

—Cicéron

Tous les pays ou presque s'engagent à assurer la santé des populations *(1)* par la politique nationale, dans un ferme discours aux accents cicéroniens.

Or, pour être cohérents avec leurs engagements et assurer dans l'universalité et l'équité la santé des populations, les gouvernements doivent s'attaquer à l'usage du tabac, qui est l'une des premières causes de décès évitables dans le monde *(2)*. Les maladies liées au tabagisme sont peut-être les plus faciles à prévenir de toutes, puisque leur "agent causal" (le tabac) n'est nécessaire ni à l'existence, ni à la santé. En revanche, le sevrage tabagique s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé et d'avantages socioéconomiques mesurables, tant pour les consommateurs que pour leur famille, leur communauté et le pays dans son ensemble.

S'il est possible d'intervenir contre le tabac à différents niveaux de la société, l'expérience montre que les résultats les plus visibles en termes de consommation s'obtiennent par des actions nationales stratégiques coordonnées. L'élaboration d'un plan d'action national et la mise en place des infrastructures et des compétences correspondantes constituent des étapes absolument indispensables pour parvenir à enrayer l'épidémie de tabagisme.

Le plan d'action national contre le tabagisme est un document qui décrit précisément les buts et objectifs du pays en la matière dans le cadre de ses priorités sanitaires, les stratégies et activités requises pour atteindre ces buts et objectifs, les ressources que le gouvernement est prêt à y consacrer, les organes chargés de chacune des activités, et les mécanismes de suivi. Il s'agit en fait d'un itinéraire fléché, qui résume comment le pays entend contenir l'épidémie de tabagisme, avec un calendrier et des échéances. Ce chapitre résume le processus d'élaboration du plan d'action national.

CHOISIR LES ARCHITECTES : L'ÉTABLISSEMENT D'UN ORGANE NATIONAL DE COORDINATION

La construction de capacités institutionnelles est essentielle à la durabilité de l'action antitabac dans le long terme. Elle est tout aussi essentielle à l'élaboration d'un plan d'action global et adapté, comme au succès de sa mise en œuvre.

Désignation d'un point focal national antitabac

Le ministère de la santé est a priori l'organisme gouvernemental le mieux à même de conduire le renforcement des capacités antitabac. Dans la pratique, le premier pas de la construction d'une capacité institutionnelle consiste à désigner officiellement au sein des pouvoirs publics un point focal national de lutte antitabac. Il s'agira souvent d'une personne appartenant à un service du ministère de la santé ou à un organisme administratif apparenté. La responsabilité première du point focal consiste à coordonner la riposte du pays à l'épidémie de tabagisme. Il conviendra à cette fin de mobiliser d'autres ministères et organismes, de passer des alliances avec la société civile, d'améliorer l'information et la sensibilisation du public, de former un noyau de militants et d'ambassadeurs, et de mettre

au point un dispositif destiné à coordonner l'exécution d'un plan d'action national. En théorie, le point focal ne travaillera pas dans l'isolement, mais à la tête d'une équipe du ministère de la santé : le Programme national antitabac (PNAT). Celui-ci, directement chargé d'appliquer le plan d'action, sera généralement indépendant du Comité directeur antitabac (voir ci-dessous), même s'il servira souvent de groupe d'appui technique ou de Secrétariat à ce dernier. L'établissement du PNAT sera étudié au Chapitre 6.

Création d'un comité directeur national antitabac

Le succès du plan de lutte contre l'épidémie de tabagisme aura pour condition un large soutien populaire; son élaboration devra donc faire appel à tous les intervenants importants. L'expérience de nombreux pays disposant de programmes antitabac avancés montre que la meilleure façon d'y parvenir consiste à créer un comité national intersectoriel, un groupe de travail, ou encore un comité directeur antitabac. Dans les pays les plus étendus, il pourra être indiqué d'installer des comités intersectoriels antitabac aux niveaux des États, des provinces et des districts pour mettre sur pied des plans d'action appropriés à ces échelons administratifs.

Ces comités auront pour vocation d'élaborer un plan national d'action antitabac, de déterminer et de coordonner les composantes et activités appropriées concernant les politiques et la législation, le sevrage tabagique, l'enseignement et la sensibilisation, et d'intégrer les autres éléments prévus à la CCLAT OMS. Dans l'idéal, ces comités devraient pouvoir produire des rapports périodiques dans un souci de transparence et pour permettre l'implication et la participation du public. Si les comités nationaux antitabac pourront dans un premier temps être installés au cas par cas, ils devraient à terme bénéficier d'un statut officiel, permanent et reconnu par la loi, ainsi que d'un financement national.

Leur composition devra être soigneusement étudiée. En règle générale, on recherchera une représentation aussi large que possible, mais en ayant soin d'en exclure ceux qui feraient obstacle ou s'opposeraient à l'action antitabac du comité. On prendra en compte les groupes et institutions qui suivent, en évaluant de près leur contribution potentielle à l'élaboration du plan d'action national, selon la situation particulière de chaque pays. On ne retiendra que les participants les plus essentiels, afin de limiter le groupe à un nombre de membres raisonnable.

Ministères

- **Ministère de la santé.** Il joue en général le rôle central dans la lutte antitabac. Il dispose souvent de données concernant les effets du tabagisme sur les indicateurs sanitaires nationaux, ainsi que de compétences techniques en matière de formation, d'éducation à la santé et de sevrage tabagique. De nombreux pays publient des documents de politique sanitaire nationale et de stratégie sectorielle, qui définissent la mission des services de santé publique. Si la consultation des parties est possible au cours de l'élaboration ou du réexamen de ces documents, il conviendra de souligner l'importance d'y mentionner le plan national d'action antitabac. Les infrastructures nationales de santé publique, qui seront une composante primordiale du réseau d'exécution du plan, devront être prises en compte lors de l'élaboration de ce dernier.

- **Ministères des finances et du budget.** Les ministères des finances et du budget établissent la politique fiscale et les procédures de recouvrement des taxes, qui sont des éléments essentiels de la lutte antitabac.
- **Ministères chargés des douanes et des contributions indirectes**. Ces ministères sont en mesure :
  - de fournir des renseignements sur la contrebande de tabac et des conseils sur l'élaboration et la mise en œuvre de mesures de lutte contre la contrebande;
  - de fournir des informations sur les niveaux actuels et passés de la fiscalité du tabac, ainsi que sur les ventes de tabac et leur produit fiscal;
  - d'alerter le comité national quant aux manœuvres des cigarettiers visant à contourner l'esprit de la législation fiscale antitabac, ou à exploiter le régime fiscal favorable réservé à certains produits particuliers du tabac.
- **Ministères du commerce et de l'industrie**. Ces ministères peuvent proposer des alternatives économiques à la culture du tabac et à la fabrication des produits. Les autorités qui délivrent des licences peuvent en outre être employées pour interdire la vente aux mineurs.
- **Ministère chargé de la consommation**. Il applique la réglementation concernant le marketing du tabac, la publicité, l'emballage et l'étiquetage, l'analyse des produits, et diffuse l'information sur les additifs et ingrédients toxiques du tabac.
- **Ministère de l'agriculture**. Il peut faciliter la réorientation des politiques nationales vers une agriculture sans tabac.
- **Ministères du commerce extérieur et des affaires étrangères**. La CCLAT OMS prévoit la coordination internationale des politiques antitabac. Ces ministères peuvent en outre :
  - analyser la balance des paiements pour les postes relatifs au tabac;
  - donner leur avis sur les conséquences juridiques internationales des politiques antitabac proposées;
  - aider à élaborer des stratégies antitabac complémentaires dans les pays voisins;
  - répondre aux attaques des cigarettiers étrangers qui pourraient s'en prendre aux politiques nationales antitabac.
- **Ministères chargés du droit et de la justice**. Leur collaboration sera vitale pour élaborer, appliquer et faire respecter les mesures législatives visant à limiter l'usage du tabac. Le ministère de la justice pourra également :
  - intervenir en défense dans les recours formés contre la législation antitabac;
  - conseiller en matière constitutionnelle et concernant les obligations issues des traités internationaux;
  - aider à l'élaboration et à la rédaction des textes et lois régissant la lutte antitabac.
- **Ministères du travail, des transports et de la fonction publique**. La participation de ces ministères sera essentielle pour élaborer et appliquer des dispositions visant à protéger la population contre l'exposition à la fumée secondaire sur les lieux de travail, dans les transports en commun et autres lieux publics.
- **Ministère de l'éducation nationale**. La participation du ministère de l'éducation est indispensable dans ce type d'exercices.
- **Ministère de la défense**. Les forces armées pourront contribuer au plan d'action national en favorisant au sein de leurs personnels un style de vie sain et sans tabac, en

prêtant leur concours à l'application des lois antitabac, et en imposant que la vente de tout produit du tabac dans les établissements militaires s'effectue à des prix au moins aussi élevés que dans les magasins civils.

- **Ministères de la culture et des sports**. Impliquer les ministères de la culture et des sports dans l'élaboration du plan d'action peut faciliter l'élimination du parrainage par les cigarettiers des manifestations culturelles et sportives.
- **Ministère de l'environnement**. Ce ministère devra participer à l'élaboration d'interventions visant à réduire les effets néfastes de l'usage du tabac en plein air et en milieux clos.
- **Ministères des affaires religieuses**. Lorsqu'il en existe, ces ministères peuvent aider à mettre sur pied le plan d'action, en prêchant le soutien à la lutte antitabac dans les assemblées religieuses, en interdisant de fumer dans les lieux de prière, et en encourageant les ministres du culte à servir de modèles de vie sans tabac.

Le secteur privé : des parties légitimes

Tout programme antitabac véritablement multisectoriel devra faire appel au secteur privé. Dans la plupart des pays, le comité directeur national comprend plusieurs représentants de ce secteur. La CCLAT OMS reconnaît l'importance de faire participer la société civile pour parvenir à réduire la mortalité et la morbidité liées au tabagisme. Dans certains cas, l'initiative de la conception du programme national antitabac revient au secteur privé, qui dirige parfois le comité national antitabac.

Parmi les composantes du secteur privé intéressées à la lutte antitabac, on compte :

- **Les médias**. Ils peuvent aider à élaborer une stratégie de communication à l'appui du plan national antitabac.
- **Les ONG antitabac**. Dans certains pays, des ONG antitabac dynamiques sont devenues le fer de lance de l'action gouvernementale, en s'attaquant directement à des problèmes que les organismes publics ne sont pas toujours en mesure d'affronter. Alors que les contraintes politiques imposent une certaine modération à l'attitude gouvernementale sur des points particuliers de la lutte antitabac, les ONG sont libres de s'exprimer ouvertement et d'insister pour que les politiques soient conformes aux données scientifiques, dans un souci d'efficacité. Les divergences d'intérêts peuvent détourner l'attention des gouvernements de la lutte antitabac, tandis que les ONG, dans leur approche univoque, resteront concentrées sur la réduction de la consommation de tabac. Les gouvernements se succèdent à la tête des pays, mais les ONG assurent la continuité nécessaire pour que le plan d'action national porte ses fruits. Enfin, si les entreprises du tabac tentent d'influencer la politique gouvernementale, les ONG peuvent les dénoncer publiquement et soutenir les responsables dans leur refus de céder aux avances des cigarettiers.
- **Les professionnels de la santé**. Les organisations des professions de santé peuvent inclure la lutte antitabac dans leurs programmes afin de soutenir le plan national antitabac[1].
- **Les professions juridiques**. Les hommes de loi savent comment amener des changements de législation effectifs, rédiger et amender des textes de lois, réagir aux

1 WHO Informal meeting of health professional organizations and tobacco control. http://www.who.int/tobacco/events/30jan_2004/en/

tentatives des cigarettiers visant à retarder les avancées législatives, veiller au respect des lois existantes, étudier les moyens d'appliquer des lois de portée générale (par exemple sur la protection des consommateurs, les droits de l'enfant ou l'environnement) à la lutte antitabac, et rechercher les possibilités de poursuites judiciaires contre l'industrie du tabac.

- **Les économistes**. Ils peuvent procéder aux analyses économiques démontrant la rentabilité de la lutte antitabac et les effets économiques néfastes à long terme de l'usage du tabac.
- **Les entreprises et les syndicats de salariés**.
- **Les autres parties prenantes**. La lutte antitabac concerne également entre autres les associations de défense des droits des femmes et des enfants et de préservation de l'environnement, les groupes religieux, les organisations de consommateurs, d'enseignants et de jeunes, ainsi que les associations de parents d'élèves.

Les parties non légitimes dans la lutte antitabac

Les cigarettiers et leurs affidés se présentent souvent comme intéressés à la lutte antitabac, et tentent en général de s'introduire dans les comités nationaux de planification ou les organismes de lutte antitabac. En dernière analyse, vendre des produits du tabac – ce qui est l'essence même de l'industrie du tabac – revient à promouvoir l'usage du tabac. L'opposition est donc directe avec les objectifs de la lutte antitabac. Il est aujourd'hui extrêmement improbable que les cigarettiers et leurs représentants soient disposés à agir sérieusement en faveur de stratégies qui réduisent efficacement la promotion et les ventes du tabac. Les points focaux nationaux et autres membres légitimes du comité directeur doivent examiner avec la plus grande prudence les conséquences qu'entraînerait la participation de l'industrie du tabac à la planification de la lutte antitabac. L'OMS conseille fortement à ses États Membres de s'abstenir d'impliquer l'industrie du tabac dans la conception, l'application et l'évaluation des plans d'action antitabac.

DÉTERMINER LES BESOINS ET LES RESSOURCES : LA CONDUITE D'UNE ANALYSE DE SITUATION *(3)*

Dans la décision politique, l'information est un pouvoir. Dans aucun autre domaine de la santé publique cette vérité n'apparaît avec autant de force qu'en matière de lutte antitabac. Une fois le comité national antitabac constitué, l'étape suivante de l'élaboration du plan national d'action antitabac consistera à conduire une analyse de la situation actuelle du pays. Les décisions concernant la combinaison de politiques à appliquer dépendront des besoins particuliers du pays, et des ressources disponibles pour faire face à ces besoins.

Il est donc indispensable de renforcer les capacités de collecte et de production de données fiables, puisque celles-ci permettent:

- de favoriser la compréhension et le soutien du public à l'égard des mesures visant à réduire la consommation de tabac;

- de déterminer le détail des politiques et interventions prévues au plan d'action national;
- de convaincre les responsables politiques d'adopter des orientations et recommandations législatives antitabac;
- de disposer d'une base de mesure des progrès accomplis;
- d'assurer une information en retour afin d'améliorer les politiques et interventions existantes.

On a généralement besoin d'emblée de quatre catégories d'informations. La première permet de discerner le climat politique ambiant vis-à-vis de la lutte antitabac. Le succès du plan national d'action antitabac exige en effet une volonté politique. Parmi les principaux aspects de ce climat politique, on peut mentionner :

- l'état de la lutte antitabac dans le pays, notamment les politiques, pratiques et conceptions existantes, les débats en cours et les parties impliquées;
- le rôle de l'industrie du tabac dans le pays, notamment ses ressources, programmes et activités, ses alliés et affidés, ses relations formelles et informelles avec les responsables et organismes de l'État, l'étendue de son influence sur les politiques gouvernementales, et la capacité du gouvernement à influencer les stratégies de l'industrie du tabac (dans le cas, par exemple, d'une industrie d'État);
- le rôle des opposants au tabac dans le pays, parmi lesquels les organisations professionnelles concernées (santé, professions juridiques), les associations de consommateurs et autres ONG, la recherche, les organismes publics;
- l'attitude présente des grandes sphères d'influence, comme les médias et le milieu des affaires, et leurs réactions probables au développement de la lutte antitabac.

La deuxième catégorie d'informations englobe les effets sanitaires et économiques de l'usage du tabac, ainsi que l'efficacité des différentes interventions antitabac. En s'appuyant sur l'expérience de nombreux pays, l'OMS a établi une liste d'indicateurs à surveiller dans chaque pays pour appuyer la politique de santé. Ils comprennent :

- les caractéristiques sociodémographiques;
- la production, le commerce et l'industrie du tabac;
- les structures de la consommation de tabac;
- les estimations des effets sanitaires et économiques de l'usage du tabac;
- la couverture de la population en termes d'accès à l'information, d'appui au sevrage tabagique, de prévention de l'initiation, et de politiques antitabac.

Le troisième type d'informations concerne les connaissances, opinions, croyances et attitudes de la population. Les enquêtes d'opinion peuvent révéler de graves failles dans les connaissances. Plus encore, elles montrent dans quels domaines il convient de faire porter l'action publique contre le tabagisme, par la sensibilisation et l'éducation. Par ailleurs, l'évidence d'un soutien public fort à des interventions antitabac précises est de nature à pousser les dirigeants à appuyer ces interventions en édictant des lois et/ou en adoptant des politiques à cette fin.

Enfin la lutte antitabac, pour être efficace, ne saurait se dispenser de savoir surveiller et révéler les activités des cigarettiers. Dans bien des pays, la principale source d'informations

de ce type est constituée par les documents internes de l'industrie du tabac, rendus publics à la suite d'un litige aux États-Unis d'Amérique. Chaque pays devra s'efforcer de retrouver dans cette masse de documents les éléments qui lui sont spécifiques, et qui peuvent mettre en lumière les tentatives visant, dans le passé, à faire échouer l'action nationale antitabac. On pourra y découvrir des liens entre l'industrie et certains dirigeants politiques et responsables de la santé, ainsi que des stratégies d'obstruction à la lutte antitabac. L'étude de cette documentation interne sera précieuse pour planifier les interventions anttitabac à venir.

Il peut sembler décourageant de devoir rassembler tout cet ensemble de données, en particulier dans les pays aux ressources limitées et à la capacité de recherche encore restreinte. On peut cependant trouver diverses sources de renseignements dans les organismes publics et institutions de recherche; la présence de leurs représentants au sein du comité directeur national pourra faciliter la collecte de ces données. S'il n'existe pas de données nationales, on pourra peut-être établir des estimations sur la base d'informations locales, régionales ou globales. On pourra en outre faire appel à des organismes de recherche, aux programmes des fondations et à des groupes extérieurs pour en obtenir l'assistance technique nécessaire à l'établissement de dispositifs structurés de collecte de données.

DÉFINIR L'ORIENTATION STRATÉGIQUE *(4)*

Définitions

Une "vision" est un stade ou une situation ultime, où tous les objectifs sont atteints dans des conditions idéales. En règle générale, tout "énoncé de vision" devrait être :

- compris et partagé par tous les membres de la communauté;
- assez large pour pouvoir englober des perspectives locales diversifiées;
- source d'inspiration et de dynamisme pour toute personne concernée;
- facile à transmettre (suffisamment bref pour figurer sur un maillot de corps).

L'"énoncé de mission" résume les objectifs d'ensemble d'une organisation; dans le cas présent, il s'agira du PNAT. Cet énoncé annoncera donc ce que fera le PNAT, et pourquoi. Il devra être :

- Concis : moins ramassé que les quelques mots de l'énoncé de vision, l'énoncé de mission devrait faire passer son message en une seule phrase;
- Orienté sur les résultats : l'énoncé de mission décrit les résultats d'ensemble que le PNAT s'efforce d'atteindre;
- Ouvert : si l'énoncé de mission doit mettre en valeur les objectifs qui donnent son sens au programme, il est très important qu'il demeure largement ouvert; un bon énoncé de mission n'est pas limitatif, ni en termes de stratégies, ni quant aux secteurs de la communauté qui pourraient adhérer au projet.

Par "but", on entend une fin générale souhaitée, que l'organisation ou le programme désire et pense atteindre dans le futur.

Un "objectif" est un résultat précis mesurable sur une période donnée, dans le cadre d'un but. C'est un moyen de parvenir à un but, et c'est le résultat final d'un ensemble cohérent d'actions ou d'activités.

La vision de tout programme antitabac consiste à créer une société sans tabac. La mission du programme national antitabac consiste à faire appel aux responsabilités individuelles, communautaires et nationales afin de prévenir et de réduire l'usage du tabac grâce à une participation intersectorielle à la lutte antitabac.

Le but d'un plan national d'action antitabac devrait consister à réduire la mortalité et la morbidité provoquées par l'usage de produits du tabac. Parmi les objectifs qui permettront d'atteindre ce but, on devrait compter :

- aider les non-usagers à demeurer à l'écart du tabac;
- favoriser le sevrage tabagique en aidant et en encourageant l'arrêt du tabac;
- protéger la santé et les droits des non-fumeurs en éliminant l'exposition à la fumée de tabac.

Tout plan national d'action antitabac devrait être élaboré en ayant à l'esprit sa vision, sa mission, son but et ses objectifs. Si les éléments précis du plan pourront varier d'un pays à l'autre, en fonction des capacités nationales, des ressources disponibles, de la volonté politique et des caractéristiques socioculturelles, le plan d'ensemble devrait être conçu dans le but de réduire la charge sanitaire de l'usage du tabac.

ÉLABORER LE SCHÉMA D'ACTION : LA RÉDACTION DU PLAN NATIONAL

Une fois le comité directeur national en place, et une fois l'analyse de la situation, des besoins et des ressources effectuée, la rédaction du plan national d'action antitabac pourra débuter. L'expérience internationale en atteste, il est extrêmement important pour le succès de la lutte antitabac que le plan prévoie une combinaison globale de politiques, de législations et d'interventions *(5, 6)*. Les divers éléments dont il conviendrait d'envisager l'intégration au plan national figurent dans leurs grandes lignes à la CCLAT OMS, et on s'efforcera dans toute la mesure du possible d'inclure dans le plan d'action des stratégies visant à la ratification de la Convention-cadre. En outre, les planificateurs nationaux peuvent mettre à profit les enseignements des autres pays qui ont déjà l'expérience de la planification et de la mise en œuvre de la lutte antitabac. Cette expérience peut mettre en lumière les embûches à éviter, ainsi que les stratégies à reprendre dans le plan national en raison de leur succès.

Certains éléments législatifs, économiques et programmatiques du plan d'action national seront traités en détail dans les chapitres suivants de ce manuel. L'analyse de

situation guidera le choix d'éléments spécifiques à chaque pays ainsi que l'ordre de leur exécution. Le plan devra être pratique et viable par rapport au pays pour lequel il a été conçu, tout en s'en tenant aux faits par souci d'efficacité. En d'autres termes, il doit être adapté dans le détail aux traits socioculturels et politicoéconomiques particuliers du pays, sans pour autant sacrifier les principes qui font l'efficacité des interventions.

Le plan d'action devra énumérer clairement les objectifs généraux et spécifiques, ainsi que les stratégies et activités correspondantes, destinées à les atteindre. Les stratégies montrent comment l'initiative atteindra ses objectifs. Cinq d'entre elles pourront contribuer à guider la plupart des interventions :

- fournir de l'information et renforcer les compétences (par exemple, proposer des compétences en matière de sevrage tabagique);
- améliorer les services et le soutien (par exemple, ouvrir une ligne téléphonique d'aide au sevrage);
- modifier l'accès, les obstacles et les occasions (par exemple, étendre les programmes de prévention aux jeunes non scolarisés);
- récompenser les efforts accomplis (par exemple, motiver les restaurateurs qui feront de leurs établissements des lieux non-fumeurs);
- modifier les politiques (par exemple, amender les lois sur la consommation de façon à interdire toute publicité sur le tabac);
- implanter les stratégies et activités antitabac dans les documents de planification concernés aux niveaux national et autres (par exemple, introduire une référence au plan national d'action antitabac dans la formulation de la politique nationale de santé).

Les résultats attendus devront être énumérés pour chaque objectif, ainsi que les personnes et organismes chargés de chaque activité. On définira les ressources nécessaires à la conduite de chaque activité, et on identifiera les sources de financement potentielles. On établira un calendrier, comportant des échéances prévisionnelles d'achèvement. Enfin, on spécifiera des indicateurs de progrès et un système d'évaluation. La bonne planification prévoit une évaluation attentive des progrès accomplis, et des succès et des échecs rencontrés dans le déroulement des politiques et programmes. Les résultats de cette évaluation serviront ensuite à réviser, à améliorer et à mettre à jour les plans et programmes qui verront le jour ultérieurement, dans le combat permanent visant à réduire la consommation de tabac. On trouvera à l'Annexe 1 un schéma-modèle de plan d'action national.

Si les pays ont pour but commun de lutter contre le tabagisme, on ne trouvera jamais deux plans nationaux identiques. On a cependant observé des analogies suffisantes entre pays appartenant à la même région de l'OMS pour pouvoir élaborer des plans régionaux d'action antitabac. Les pays peuvent utiliser ces plans régionaux comme bases pour développer leurs propres plans nationaux, en en adaptant certaines parties selon leurs besoins spécifiques. Mais avant tout, les pays s'efforceront de se conformer aux recommandations de la CCLAT OMS.

Les éléments du plan d'action en bref

1. Énoncer la vision. Elle devra transmettre ce que le PNAT considère comme l'état idéal du pays.
2. Élaborer l'énoncé de mission. Il décrira clairement ce que le PNAT s'efforce d'accomplir.
3. Résumer brièvement les conclusions de l'analyse de situation et les raisons de l'initiative.
4. Définir les buts et les objectifs.
5. Objectif par objectif, établir les stratégies et les résultats nécessaires pour le dire atteint.
6. Déterminer les activités précises à mener au sein de chaque stratégie.
7. Indiquer les responsables de chaque activité.
8. Spécifier la date prévue d'achèvement de chaque activité.
9. Détailler les ressources nécessaires pour mener à bien chaque activité.
10. Préciser les indicateurs d'avancement permettant de mesurer l'efficacité de l'exécution.

UNE GARANTIE DE LÉGITIMITÉ : L'ADOPTION OFFICIELLE DU PLAN D'ACTION

Avant d'entrer en application, le plan d'action n'est qu'un catalogue de bonnes intentions. Deux étapes supplémentaires au moins seront nécessaires au succès de son exécution :

- une large consultation permettant aux organismes d'exécution et d'application de s'approprier le plan; et
- l'approbation officielle du plan national, qui lui conférera un statut officiel.

Sélectionner avec soin les membres du comité directeur, donner aux autres parties la possibilité de faire part de leurs réactions et propositions à l'égard du plan national, ces deux éléments contribueront à susciter l'adhésion des principaux intéressés. Une fois le plan révisé en collaboration avec ces derniers, il restera au comité un pas à franchir pour assurer la légitimité du plan en obtenant son approbation officielle par le gouvernement. Alors seulement, il pourra entrer en application.

LE LANCEMENT DU PLAN D'ACTION NATIONAL

L'existence du plan d'action national et son adoption officielle devront faire l'objet d'une large publicité, afin que la population soit informée de la décision nationale de réduire la consommation de tabac. On pourra procéder de différentes façons, par exemple lors d'une conférence de presse ou autre événement médiatisé (voir Chapitre 9). Certains pays ont choisi de faire coïncider le lancement de leur plan avec les cérémonies de la Journée mondiale sans tabac. Il s'agit là d'une manière efficace de capter l'attention du public et d'assurer une vaste couverture médiatique.

CONSIDÉRATIONS DIVERSES

Dans les pays de dimensions relativement modestes, l'adoption du plan d'action national suffira à amorcer un processus durable de lutte antitabac. En revanche, dans les grands pays et ceux à forte population, l'administration des politiques antitabac est souvent déléguée aux autorités locales. Dans certains cas, celles-ci sont même en avance par rapport à l'action antitabac nationale. Lorsque les autorités locales ont un rôle à jouer dans la lutte antitabac, il pourra être extrêmement utile de mettre en place une infrastructure complémentaire et un plan d'action au niveau local pour parvenir à une réduction effective de la consommation. Les autorités nationales et leurs organes, tels que le comité directeur, devront apporter leur soutien et prodiguer leurs encouragements à leurs équivalents locaux, tout en maintenant une communication permanente afin de permettre une bonne coordination. L'élaboration d'un plan d'action local est semblable à celle décrite précédemment, en sachant que sa portée et les activités qu'il prévoit devront sans doute être adaptées à la situation locale. La création des infrastructures de coordination entre les différents niveaux sera traitée au chapitre suivant.

QUESTIONS SENSIBLES À EXAMINER EN ÉLABORANT LE PLAN D'ACTION

En matière de lutte antitabac, certains problèmes et obstacles sont communs à de nombreux pays. Il est utile de les connaître pour en tenir compte dans les plans d'action et leur donner tout leur sens.

La faiblesse de la volonté politique

Dans bien des pays, notamment ceux en développement où les maladies infectieuses sont toujours l'enjeu majeur pour la santé et la survie, l'épidémie de tabagisme n'est généralement pas perçue comme une priorité en ce domaine. Dans les pays où l'État possède ou subventionne l'industrie du tabac, les autorités peuvent hésiter à mettre en œuvre des politiques réduisant la consommation, considérées comme entrant en conflit immédiat avec les intérêts économiques de l'État. De plus, certains dirigeants politiques soutenus par les cigarettiers seront parfois réticents, voire directement hostiles, envers la lutte antitabac. Tout plan de lutte efficace devra susciter une volonté politique, en cernant les facteurs qui s'opposent à la mise en place d'un programme antitabac, et en déterminant les interventions qui convaincront les responsables politiques d'appuyer les initiatives visant à enrayer l'usage du tabac. La cartographie politique à usage stratégique et les pressions ciblées seront peut-être nécessaires pour persuader ces responsables de l'ampleur du problème tabagique et de la nécessité d'y riposter avec efficacité. Au-delà de leur information, les responsables politiques devraient se convaincre pleinement du fait

que la lutte antitabac est dans l'intérêt bien compris de leur carrière, de leur parti politique et de leur électorat.

Le manque de données

L'insuffisance des données, ou leur défaut de transmission, aggravent le manque de volonté politique de lutter contre le tabagisme. Pour être efficace, le plan d'action devra donc :

- prévoir des enquêtes et une surveillance locales des effets sanitaires et économiques de l'usage du tabac, de l'efficacité des interventions antitabac et des facteurs qui s'y opposent (notamment les activités de l'industrie du tabac), en employant des méthodes normalisées et innovantes d'analyse des données et de diffusion de l'information afin de transmettre aux responsables politiques des renseignements fiables leur permettant d'agir;
- assurer que les données existantes soient utilisées de façon optimale, par exemple en les mettant en commun et en les réexaminant.

L'insuffisance des ressources

Étroitement liée à la "faiblesse de la volonté politique", l'"insuffisance des ressources" affectées à la lutte antitabac est largement liée à une affectation déterminée par la perception d'autres priorités de santé publique. Il s'agit là d'un aspect critique notamment dans les pays en développement, qui ne disposent en tout et pour tout que de moyens limités. La mobilisation des ressources doit donc figurer en bonne place dans le plan d'action, sans oublier que la lutte antitabac peut faire appel à des financements publics novateurs (par exemple des taxes affectées). Il existe en outre des fonds externes (subventions bilatérales et multilatérales, ou issues d'institutions philanthropiques, etc.); il conviendra de les rechercher, de les identifier et de les utiliser. On peut réaliser des gains d'efficience considérables en intégrant entièrement les activités antitabac aux services nationaux de santé publique.

L'inefficacité des politiques antitabac

Certains gouvernements adoptent par souci de compromis des politiques antitabac frileuses, dans la conviction erronée qu'une politique plus vigoureuse risquerait d'entraîner des répercussions économiques négatives *(7)*. C'est particulièrement vrai des pays dont une part substantielle du revenu national provient de la culture, de la fabrication ou du commerce du tabac. Pour prendre tout son sens, le plan d'action antitabac devra tenir compte de cet élément et faire en sorte que les responsables politiques acceptent la vérité à propos des effets néfastes du tabac sur l'économie nationale et des considérables bénéfices économiques de la lutte antitabac.

De plus, les stratégies d'application des politiques nationales antitabac ne sont pas assez souvent déléguées aux échelons régionaux ou locaux du pays, avec pour résultat une mise

en œuvre irrégulière et inefficace. Le plan d'action antitabac devra être conçu de manière à en faciliter la décentralisation de la mise en œuvre et du suivi.

L'influence de l'industrie du tabac

L'industrie du tabac persiste à s'opposer à toute lutte antitabac efficace *(5)* en menant, ouvertement ou non, diverses activités, notamment dans les pays en développement où la législation antitabac est inexistante, timide ou peu appliquée. Le plan antitabac devra s'attaquer à l'influence qu'exerce l'industrie du tabac sur l'élaboration de la politique nationale antitabac, en prévoyant des contre-mécanismes efficaces (voir Chapitre 13). Il devra en outre insister sur la nécessité d'une législation vigoureuse et d'une large publicité des vraies motivations des cigarettiers.

La lutte antitabac réduite au secteur de la santé

Les activités antitabac sont fréquemment confinées au secteur de la santé, même si le problème dépasse largement ce domaine : il s'agit d'une question multisectorielle qui concerne les ministères de l'agriculture, de l'environnement, des finances, de l'enseignement, de l'information, des sports, des arts et de la culture. Par ailleurs, le secteur privé, les ONG, les organismes internationaux et différents groupes communautaires ont un rôle central à jouer dans la lutte antitabac. Pour être efficace, le plan d'action devrait donc associer autant de secteurs et de parties intéressées que possible à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la diffusion des interventions antitabac. Non content de fournir les orientations et axes de travail, il devrait également donner à tous les secteurs concernés la possibilité de fonder une alliance solide pour lutter efficacement contre l'épidémie de tabagisme.

Références

1. Dhillon HS, Phillip L, éds. *Promotion de la santé et action communautaire en faveur de la santé dans les pays en développement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.

2. Warren CW et al. Le tabac chez les jeunes : surveillance du projet d'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles N° 4, 2001 (www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2003/pr64/fr/).

3. Blanke D, éd. *Tobacco control legislation : an introductory guide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

4. Work Group on Health Promotion and Community Development. Community tool box : Strategic planning tool kit. University of Kansas, Kansas, USA (http://ctb.ku.edu/).

5. Wakefield M, Chaloupka FJ. Effectiveness of comprehensive tobacco control programs in reducing teenage smoking in the USA. *Tobaccco Control*, 2000, 9(2):177–186.

6. Stephens T et al. Comprehensive tobacco control policies and the smoking behaviour of Canadian adults. *Tobacco Control*, 2001, 10:317–322.

7. Economic, social and health issues. Report of the WHO International Meeting, Kobe, Japan, 3–4 December 2001. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/entity/tobacco/research/economics/en/kobe_report.pdf).

Bibliographie

Eriksen MP. Best practices for comprehensive tobacco control programs : opportunities for managed care organisations. *Tobacco Control*, 2000, 9(Suppl 1):i11–i14.

Laugesen M, Swinburn B. New Zealand's tobacco control programme 1985–1998. *Tobacco Control*, 2000, 9:155–162.

Robbins H, Krakow M. Evolution of a comprehensive tobacco control programme : building system capacity and strategic partnerships – Lessons from Massachusetts. *Tobacco Control*, 2000, 9:423–430.

Annexe 1. Cadre-modèle de plan national d'action antitabac

■ **VISION :** Un monde sans tabac ■ **MISSION :** La mission du Programme national antitabac consiste à renforcer la responsabilité des individus, des communautés et du gouvernement en vue de prévenir et de réduire l'usage du tabac grâce à une participation multisectorielle à la lutte antitabac. ■ **BUT :** Réduire la mortalité et la morbidité provoquées par l'usage de produits du tabac. ■ **CONTEXTE :** Indiquer le contexte et les raisons de l'action dans le pays.

	Stratégie	Résultat attendu	Activités	Organismes responsables	Ressources nécessaires	Date d'achèvement prévisionnelle	Obstacles potentiels	Indicateurs d'avancement
Objectif 1 : prévenir l'usage du tabac								
Objectif 2 : Réduire la consommation de tabac chez les usagers actuels								
Objectif 3 : Protéger les non-fumeurs contre la fumée secondaire								

6

Des infrastructures efficaces pour les programmes antitabac

Considérez qu'avec de nombreux calculs on peut remporter la victoire, redoutez leur insuffisance. Combien celui qui n'en fait point a peu de chances de gagner!

—Sun Tzu, L'Art de la Guerre, ~500 av. J.-C.

Au fur et à mesure que s'élabore le plan d'action national, le point focal ou son équivalent va devoir commencer à bâtir les infrastructures nécessaires à sa mise en œuvre. Les besoins pour ce faire seront variables d'un pays à l'autre. Ce sont généralement les ministères de la santé qui en prennent l'initiative en créant un instrument moteur, le plus souvent un PNAT, chargé d'assurer le succès des interventions antitabac, et dont le point focal national est le principal responsable. D'habitude, le PNAT fonctionne indépendamment du comité directeur national ou du groupe de travail antitabac, même s'il leur sert souvent de structure d'appui technique. Ce chapitre présente dans ses grandes lignes l'établissement d'un réseau national et d'infrastructures antitabac, sous l'égide du PNAT.

VUE D'ENSEMBLE

Par définition, pour qu'on parle de succès, un PNAT doit couvrir l'ensemble de la population. La planification stratégique du PNAT s'effectue normalement au niveau central, au sein du ministère de la santé. En revanche, dans les pays les plus étendus, ce programme devra être conçu pour permettre une application souple, par la décentralisation des pouvoirs aux niveaux des villes et des collectivités locales (cantons, villages, ...), afin que les interventions puissent cibler et atteindre chaque habitant sans exception.

Il faut pour cela des ressources et des compétences à tous les niveaux des infrastructures de gestion du programme. Outre les ressources humaines qu'il suppose, le PNAT implique de mobiliser des moyens matériels et financiers. Aucun programme national ne peut agir sans appui logistique. Les capacités et les ressources nécessaires pour gérer un programme d'une telle ampleur sont généralement disponibles au niveau central, mais dans de nombreux pays en développement les collectivités locales ne reçoivent que de faibles moyens. Le programme étant mené au niveau local, son succès dépendra de l'adéquation des ressources allouées et du renforcement des capacités des professionnels de la santé publique et des responsables politiques au niveau local.

Lorsque les échelons central et local possèdent des capacités et ressources suffisantes, et travaillent en synergie, on peut utiliser un cadre organisationnel intégré pour diffuser et mettre en œuvre des interventions antitabac à l'efficacité éprouvée, qui figurent dans la CCLAT OMS.

En tirant parti avec pragmatisme des ressources et réseaux existants, il est possible de contenir les coûts d'exécution du PNAT. Dans la plupart des cas, les ressources matérielles et humaines nécessaires au PNAT sont déjà en place au sein des ministères de la santé, au titre de programmes apparentés tels que la prévention des maladies non transmissibles, la promotion de la santé ou la lutte contre les abus de substances psychoactives. L'utilisation de ressources et infrastructures existantes permet en outre au PNAT de profiter des enseignements acquis dans la prévention des maladies et la promotion de la santé.

La CCLAT OMS précise quelles interventions antitabac sont reconnues comme efficaces dans tous les pays. Cependant, en raison des grandes différences qui distinguent les pays entre eux, chaque PNAT aura à établir, conformément au plan d'action national,

quelles stratégies d'application seront préférables et auront les plus grandes chances d'aboutir dans le système de santé local, compte tenu de la situation politique, économique et socioculturelle.

Les pays qui disposent d'un service central de planification et de politiques, au ministère de la santé, ainsi que d'unités locales d'exécution et d'application, sont bien placés pour mener des activités antitabac. Dans les pays où les échelons central et local des autorités de santé fonctionnent de manière indépendante les uns des autres, le centre pourra tout de même jouer un rôle éminent dans l'élaboration des normes et directives de politique nationale, dans la surveillance et le suivi au niveau national, et dans la diffusion de l'information. Dans tous les cas, il est absolument essentiel que le centre respecte les priorités locales.

Les dimensions et la complexité des infrastructures du PNAT dépendent également de variables comme l'étendue du pays, sa population, et ses subdivisions géopolitiques. Étant donné que 72% des pays comptent moins de 10 millions d'habitants, le cadre envisagé ci-dessus, celui d'un système décentralisé reliant les échelons central et local du réseau de santé, semble réalisable. C'est donc ce cadre qui servira de référence au reste de ce chapitre.

D'autres variables importantes peuvent influencer le succès de l'établissement du PNAT, notamment le climat politique, la situation socioéconomique et les spécificités culturelles de chaque pays. Ces variables peuvent jouer en faveur ou en défaveur de la lutte antitabac. Les responsables et les personnels du PNAT au ministère de la santé, ainsi que leurs partenaires de la société civile, seront confrontés au formidable défi de déterminer les moyens les plus efficaces pour tirer parti de la situation particulière de leur pays et la mettre au service de leur action contre le tabagisme, en renforçant le soutien au PNAT.

La coordination de ce dernier, aux niveaux central et local, sera indispensable pour garantir que les interventions antitabac atteignent la population cible. De plus, il faudra mettre en place un dispositif permettant de suivre l'exécution et les résultats, prévoyant entre autres une évaluation périodique des effets du PNAT sur les indicateurs de santé. Les sections suivantes traitent plus en détail de ces questions.

LA COORDINATION NATIONALE DU PNAT

Structure d'accueil de la coordination nationale du PNAT

C'est une décision gouvernementale de lutter contre le tabagisme qui devrait en théorie présider à l'établissement du PNAT. Dans le cadre de cette décision, le PNAT devrait être clairement mandaté en tant que coordinateur, et officiellement assigné au ministère de la santé. Il sera important d'analyser en détail l'organisation institutionnelle du ministère de la santé et de ses organismes affiliés pour déterminer le meilleur emplacement possible pour le coordinateur dans la structure d'ensemble.

Selon le degré de l'engagement politique à l'égard de la lutte antitabac, on peut distinguer trois scénarios possibles.

1. L'État Membre n'envisage pas de signer ou de ratifier la CCLAT OMS, ni d'y adhérer.

Il faudra dans ce cas rechercher d'autres voies pour appuyer les activités antitabac et sensibiliser les décideurs afin qu'ils admettent l'urgence de reconnaître la lutte antitabac comme priorité nationale de santé publique. Dans certains pays, les initiatives visant à instaurer et à coordonner des activités antitabac ont été lancées au niveau national et local par des ONG ou des institutions telles que des Centres de lutte contre le cancer ou Centres de promotion de la santé, et au niveau local par des institutions universitaires, voire des administrations comme les offices de santé municipaux. Les expériences du Brésil, du Mexique, du Pérou et de la Thaïlande montrent comment des ONG, des universités et d'autres organismes peuvent prendre la tête d'activités antitabac. La logique de l'implication de multiples secteurs de la société dans les programmes antitabac tient au fait que, lorsque les États s'abstiennent d'entreprendre la lutte antitabac, d'autres approches à la base pourront être explorées, et inversement.

Dans certains pays, des responsables potentiels de la lutte antitabac ont sollicité et obtenu une aide technique de l'OMS par l'intermédiaire de ses représentants et bureaux dans les pays (Représentants de l'OMS et Chargés de liaison). En réponse aux demandes émanant des pays, l'OMS a fourni une assistance technique et logistique au renforcement des capacités, pour aider les pays à acquérir les compétences et les instruments nécessaires à l'efficacité de la lutte antitabac.

La Journée mondiale sans tabac de l'OMS, célébrée par pratiquement tous ses États Membres, peut constituer un événement favorable à la médiatisation. En lançant par stratégie une campagne de sensibilisation autour de cette journée, plusieurs pays sont parvenus à mieux faire connaître la lutte antitabac, et à obtenir un engagement politique plus fort en faveur d'une campagne nationale de prévention et de réduction de l'usage du tabac.

2. L'État Membre a signé et ratifié la CCLAT OMS, ou s'apprête à la ratifier, mais ne dispose pas officiellement d'un PNAT et n'a pas encore désigné officiellement un coordinateur ou un organe de coordination de la lutte antitabac.

Lorsqu'un pays a officiellement signé et ratifié la CCLAT OMS, le ministère de la santé se retrouve dans une position particulièrement favorable pour établir un PNAT. À la suite de la signature officielle, il conviendra d'en assurer la ratification par les autorités compétentes, puisque plus vite la Convention entre en vigueur, plus vite les signataires sont obligés d'honorer leurs engagements au titre du traité. Des alliés extérieurs au ministère de la santé pourront contribuer à convaincre le gouvernement d'installer officiellement un PNAT sous l'égide du ministère de la santé, avant même l'entrée en vigueur du traité. Parmi ces alliés, on pourra compter des parlementaires importants attachés à la lutte antitabac, des partenaires de la société civile, ainsi que des représentants des organismes bilatéraux, multilatéraux et internationaux conscients de l'intérêt de la lutte antitabac pour le pays.

3. L'État Membre a signé et ratifié la CCLAT OMS, ou s'apprête à la ratifier, et un PNAT est en place.
Le meilleur scénario possible est celui dans lequel le pays a ratifié le traité, et où le ministre de la santé a officiellement désigné un coordinateur ou un organisme de coordination, ainsi qu'une structure centrale pour accueillir le PNAT. Dans la plupart des cas, la coordination nationale du PNAT devrait dépendre directement du ministère de la santé, qui est l'institution gouvernementale la plus appropriée pour superviser la lutte antitabac, compte tenu de son mandat de préservation et de protection de la santé publique. Autre avantage, il peut profiter d'un réseau gouvernemental officiel étendu et avoir accès aux autres ministères et organismes publics qui ont un rôle à jouer dans la lutte antitabac.

Une solution alternative consiste à confier la coordination nationale du PNAT à une institution indépendante extérieure au ministère de la santé. Un certain nombre de pays connaissent cette situation, avec des succès variables. Mais même dans les pays aux activités extrêmement fructueuses, comme le Canada, les experts de la lutte antitabac reconnaissent que le fossé entre les secteurs privé et public est parfois difficile à combler. Difficulté que l'on retrouve lorsqu'il s'agit de synchroniser les interventions d'un PNAT extérieur aux autorités de l'État avec les actions gouvernementales qui leur sont nécessaires *(1)*.

Besoins essentiels de la coordination nationale du PNAT au niveau central (ministère de la santé)

Les exigences de base pour établir et coordonner avec succès le PNAT au niveau central comportent des ressources humaines, matérielles et financières.

Ressources humaines au niveau central

Nomination du coordinateur
C'est en principe le ministre de la santé qui devrait nommer le coordinateur du PNAT. S'il est possible de choisir cette personne parmi le personnel de santé publique existant, on gagnera le temps qui serait autrement nécessaire à la sélection, tout en évitant un coût supplémentaire en personnel. Le coordinateur est habituellement aussi le point focal national désigné pour la lutte antitabac.

La personne choisie possédera les compétences et connaissances d'un professionnel de la santé publique. L'expérience des interventions antitabac sera certes un avantage, mais ce sont surtout l'engagement et l'intérêt de la personne pour la lutte antitabac qui seront essentiels. On peut acquérir rapidement les connaissances nécessaires sur l'épidémie de tabagisme et les interventions qui permettent de la réduire, mais la lutte antitabac ne pourra jamais aboutir sous la direction d'une personne manquant de passion et de dévouement dans ce domaine. Et avant tout, la personne retenue n'aura aucun lien personnel ni professionnel, ni de relations pécuniaires, avec l'industrie du tabac. L'intégrité de l'individu chargé de superviser le PNAT est d'une importance primordiale, et cette personne devrait accepter de signer une attestation certifiant qu'elle ne rencontre aucun conflit d'intérêts à cet égard.

Les autres qualités souhaitables pour ce poste seront :
- l'aptitude à réfléchir et à planifier de façon stratégique et créative;

- l'aptitude à inspirer confiance, à animer une équipe et à diriger du personnel, et à faire agir des partenaires au niveau local;
- l'aptitude à la communication verbale et écrite;
- l'aptitude à gérer les tâches quotidiennes nécessaires au fonctionnement d'un programme national, en veillant à l'organisation et aux résultats;
- l'aptitude à interagir efficacement avec d'autres personnes, et à tisser des partenariats et des alliances en vue d'élargir le réseau antitabac dans le pays;
- l'aptitude à bien travailler sous pression, et notamment face aux pressions ouvertes ou discrètes des cigarettiers et de leurs amis;
- l'aptitude à tirer le meilleur parti possible des ressources, compte tenu des maigres budgets généralement alloués aux ministères de la santé;
- l'aptitude à interpréter dans sa globalité le contexte politique de la lutte antitabac, et à dialoguer avec les responsables politiques de façon ferme et convaincante.

Les autres qualifications dépendront de la situation particulière de chaque pays. Certaines compétences techniques en matière de lutte antitabac sont souhaitables, mais ne devraient pas constituer un critère unique ou dominant. Les experts ne font pas toujours les meilleurs dirigeants. En revanche, la capacité de bien gérer les circonvolutions d'un programme national, ainsi qu'un engagement sans faille en faveur de la lutte antitabac, devraient figurer en tête de liste.

Recrutement de l'équipe de lutte antitabac

Selon l'étendue du pays et sa population, le coordinateur du PNAT devra peut-être s'adjoindre d'autres personnes. En théorie, l'équipe du PNAT pourrait comprendre :

- d'autres professionnels de la santé publique ayant des compétences et une expérience de la gestion des programmes, du développement des politiques de santé, de l'épidémiologie et de la surveillance, de la sensibilisation, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies non transmissibles, de la gestion des abus de substances psychoactives, de la santé de l'environnement, de l'enseignement sanitaire et de la formation.
- un économiste de la santé;
- un conseiller juridique connaissant bien la CCLAT OMS et les questions de droit touchant à la lutte antitabac;
- une personne chargée des médias et de la communication;
- du personnel d'appui et de secrétariat ayant une solide pratique des applications informatiques, notamment traitements de texte, tableurs, gestionnaires de bases de données, recherches sur Internet, etc.

Dans tous les cas, il serait préférable de recruter les agents nécessaires parmi le personnel existant du ministère de la santé, afin de réduire autant que possible la création de nouveaux postes et des lignes budgétaires correspondantes. Mais il faudra parfois que le ministère de la santé recrute du personnel extérieur. En ce cas, une recherche approfondie des personnes les mieux qualifiées et les plus motivées pour occuper ces postes sera à entreprendre, avec le souci de respecter les critères essentiels évoqués à la section ci-dessus. Il est extrêmement important de s'assurer que les candidats à des postes au PNAT n'aient aucun lien d'aucune sorte avec l'industrie du tabac.

En réalité, dans de nombreux pays en développement et dans les pays développés où la lutte antitabac ne figure pas parmi les premières priorités du ministère de la santé, le recrutement sera difficile : dans certains de ces pays, le personnel du PNAT se limitera sans doute à une ou deux personnes. Mais il faut du temps pour faire aboutir un PNAT, et les avancées sont souvent progressives. Le simple fait qu'un ministère de la santé affecte à la lutte antitabac un personnel dévoué, même en nombre restreint, est à considérer comme la première d'une série de victoires.

Certains pays comme le Brésil, l'Afrique du Sud ou la Thaïlande ont débuté avec un programme limité, pour ensuite mettre sur pied des PNAT performants *(2)*.

Préparation de l'équipe de lutte antitabac

Le coordinateur du PNAT et l'équipe antitabac devront se préparer aux tâches difficiles et souvent ardues qui les attendent. Il leur faudra être bien informés sur :

- les preuves des effets néfastes pour la santé du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire;
- les interventions de réduction et de prévention de l'usage du tabac dont l'efficacité est démontrée, et celles qui sont moins efficaces, ainsi que les dispositions de la CCLAT OMS;
- les stratégies de l'industrie du tabac, et la façon d'y répliquer;
- la situation de l'épidémie de tabagisme dans le pays, en ayant recours à toutes les données disponibles localement et à une évaluation approfondie du climat politique et économique qui pourrait affecter l'action du PNAT.

Un certain nombre de pays ont dans un premier temps demandé à l'OMS une assistance sous forme de cours de formation sur la construction de capacités et de conseils techniques de la part de spécialistes de la lutte antitabac. À la demande des gouvernements, les bureaux régionaux de l'OMS peuvent aider les États Membres dans ce processus. En outre, toutes les régions de l'OMS disposent de plans d'action antitabac régionaux, élaborés par les États Membres sur la base des besoins et des ressources spécifiques à chaque région. Le plan d'action pour la région pourra servir de point de départ à l'équipe antitabac pour préparer ses stratégies et son programme de travail. S'il existe un plan d'action national, il sera utilisé lui aussi.

Tâches et responsabilités de l'équipe du PNAT

Elles sont les suivantes :

- Collecte de données locales et construction d'une base de données nationale antitabac, visant à appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action stratégique national, ainsi que la préparation de matériels techniques et de sensibilisation dans ce domaine.
- Mener régulièrement des actions de sensibilisation à la fois auprès du grand public et de cercles ciblés, insistant sur l'ampleur de l'épidémie de tabagisme et sur l'urgence de l'action antitabac. Ces cercles ciblés comprennent les décideurs politiques, les leaders d'opinion communautaires, les groupes d'intérêts particuliers comme les associations de défense de l'environnement et des droits des enfants, et les médias. On aura soin d'adapter le message aux préoccupations particulières de chaque groupe cible. Par exemple, les décideurs politiques seront sensibles aux avantages économiques de la

taxation du tabac, tandis que les défenseurs de l'environnement et des droits des enfants s'intéresseront à l'exposition à la fumée secondaire en tant que polluant atmosphérique néfaste pour la santé des enfants.

- Compiler un annuaire de toutes les parties potentiellement intéressées à la lutte antitabac dans le pays, et créer à l'aide de cet annuaire une série de listes d'adresses. Le courrier électronique se prête parfaitement à cet emploi, pour lequel il existe différents logiciels spécialisés. Cependant, dans les pays où l'accès à l'Internet est peu courant, l'utilisation de télécopies, du téléphone ou du courrier ordinaire aboutira aux mêmes résultats. L'essentiel est de développer un système permettant de joindre rapidement les personnes dont l'appui est indispensable au PNAT. Ce type d'annuaire constamment disponible facilite grandement la communication quotidienne, la diffusion de mises à jour régulières aux parties intéressées à des aspects précis de la lutte antitabac, la distribution de matériels éducatifs et de sensibilisation, la mobilisation de partisans lors d'actions spécifiques comme la Journée mondiale sans tabac, ainsi que les pressions sur les parlementaires à propos de politiques ou législations antitabac précises. Si possible, chaque entrée de la base de données comprendra les coordonnées complètes de chaque personne, notamment ses adresses institutionnelle, professionnelle et personnelle, ses numéros de téléphone et ses adresses électroniques.
- Construire des partenariats avec d'autres programmes de santé publique au sein du ministère de la santé, tels que la promotion de la santé, la lutte contre les maladies non transmissibles, la prévention de l'abus de substances psychoactives, et la santé du milieu.
- Établir et entretenir de bonnes relations avec les médias, en les tenant régulièrement informés des derniers développements concernant le tabagisme et en répondant au plus vite à leurs demandes de renseignements et d'interviews.
- En collaboration avec différents instituts et groupements, effectuer des études pour collecter et analyser des données épidémiologiques locales, élaborer et tester des stratégies d'intervention et d'évaluation, y compris les méthodes et instruments, créer et tester des matériels éducatifs et de sensibilisation; les résultats de ces études seront diffusés rapidement, et sous un angle instructif, auprès des milieux concernés et du grand public.
- En collaboration avec différents partenaires, créer un réseau permettant de décentraliser la coordination et la mise en œuvre du PNAT; cela en mettant en relations les administrations régionales, municipales, et autres collectivités locales, avec les établissements publics concernés, les partenaires du secteur privé, les organismes de recherche et la communauté des ONG.
- Coordonner des campagnes régulières comme la Journée mondiale sans tabac, en apportant un soutien technique aux partenaires qui y participent.
- Diffuser des informations concernant les progrès de la lutte antitabac dans le pays, ainsi que les actions et controverses les plus récentes, dans divers médias, notamment la presse écrite (articles de journaux, fiches d'informations, bulletins), la radio et la télévision, et les médias électroniques (bulletins Internet et blogues).
- Organiser des séminaires techniques, des réunions et des conférences afin de susciter les discussions et les échanges d'informations sur les problèmes du tabagisme entre différents groupes du pays.

- Fournir un appui technique aux autres ministères sur les questions de leur ressort liées au tabac.
- Fournir aux parlementaires un appui technique et des informations sur les questions relatives au tabac.
- Œuvrer nationalement à l'adoption de politiques et législations antitabac globales, et y apporter l'assistance technique nécessaire.
- Coordonner des actions de sensibilisation visant à convaincre les parlementaires de voter une législation antitabac efficace.
- Promouvoir et appuyer la création d'un comité interministériel de lutte antitabac visant à soutenir le PNAT et à faciliter la ratification de la CCLAT OMS.
- Apporter des encouragements et un appui technique aux autorités locales, aux personnes et institutions, aux organisations non gouvernementales et gouvernementales intéressées à la lutte antitabac.
- Encourager une communication ouverte entre organisations gouvernementales et non gouvernementales, afin de maintenir et de renforcer les bonnes relations de travail entre ces deux secteurs.
- Coordonner le suivi de la lutte antitabac avec les organismes associés concernés, ainsi que les homologues locaux, afin d'assurer sa continuité dans le temps.
- Encourager et soutenir les universités et organismes scientifiques qui conçoivent et effectuent des recherches sur les questions liées au tabac.
- Représenter le cas échéant le ministère de la santé en ce qui concerne les questions liées au tabagisme, notamment dans les relations avec l'OMS et autres organisations nationales et internationales impliquées dans la lutte antitabac.
- Organiser une conférence annuelle d'évaluation et de planification de la lutte antitabac, réunissant les responsables nationaux du PNAT et leurs homologues locaux, afin de suivre les évolutions nationales et de décider des priorités et activités à venir.

Infrastructures nationales de base

Bureaux

Il est important pour le PNAT de disposer de locaux officiellement attribués: ils constitueront un point de repère pour les individus et groupes intéressés à la lutte antitabac dans le pays, une adresse où se procurer des matériels d'information, d'éducation, de sensibilisation et de formation, et un lieu où joindre le personnel du PNAT.

Ce sont les ressources disponibles qui détermineront l'emplacement, les dimensions et l'aménagement des locaux du PNAT, mais même avec des ressources modestes il devrait être possible de trouver un espace adéquat. Les bureaux du Programme devront être assez vastes pour lui permettre de vaquer à ses occupations, de mener des réunions, des interviews, des recherches, des études et des ateliers, et d'abriter les équipements de base, le mobilier, les meubles de classement et un stock de matériels techniques et de sensibilisation.

Mobilier

Les documents internes, rapports, publications et dossiers sont essentiels au développement et à la gestion du PNAT. Pour classer et conserver convenablement ces dossiers et documents, on aura besoin d'étagères, de classeurs et d'armoires. Pour les documents confidentiels,

des dispositifs de sécurité seront sans doute nécessaires (armoires fortes, déchiqueteuse). Parmi les autres meubles essentiels, on mentionnera des postes informatiques, une table de réunion, des tables de travail, des chaises, un tableau noir, des tableaux à messages, des tableaux de papier, et un écran de projection.

Équipement

L'équipement de base comprendra les éléments suivants :

- ordinateurs munis de lecteurs CD-ROM, traitement de texte, traitement d'images, logiciel de publipostage, et logiciel de statistique épidémiologique (si possible, Epi-Info), à raison d'un ordinateur pour deux membres du personnel; au moins un ordinateur portable destiné à la formation et aux exposés;
- imprimante;
- machine à écrire;
- télécopieur;
- lignes et standard téléphoniques;
- Magnétophone et caméra vidéo;
- téléviseur, magnétoscope et lecteur DVD;
- rétroprojecteur, projecteur de diapositives, projecteur multimédia;
- appareil photo;
- photocopieuse avec réserve de papier.

Matériel

Fournitures de bureau : le budget comportera une ligne couvrant les frais postaux. On aura besoin des fournitures classiques, papier à écrire, stylos, trombones, crayons, papier thermique le cas échéant, étiquettes d'adresses, dossiers, élastiques, agrafes, pochettes, marqueurs, papiers collants, agendas et organiseurs.

Matériels techniques, éducatifs et de sensibilisation : il s'agit de documents de référence, guides pratiques, manuels, bulletins et affiches, dépliants et autocollants. En estimant les quantités nécessaires pour les activités prévues, on tiendra compte des besoins des États, régions, provinces, municipalités, cantons et autres parties intéressées.

Moyens de transport

Des moyens de transport seront indispensables à l'équipe de coordination pour s'acquitter de ses tâches. Elle sera en effet souvent en déplacement pour diverses raisons : formation, sensibilisation, appui technique, réunions et conférences, recherches, surveillance et suivi. La nature de ces moyens dépendra des ressources disponibles et de la topographie du pays. Par exemple, dans des régions montagneuses sans routes goudronnées, on pourra avoir recours à des vélos de randonnée ou au transport animal, tandis que dans des régions où les communautés sont séparées par de vastes étendues aquatiques, comme en Amazonie ou dans le Pacifique, on aura impérativement besoin de bateaux.

Ressources financières

Le PNAT devra disposer d'un budget de fonctionnement. C'est souvent là une des principales difficultés rencontrées par les partisans de la lutte antitabac au sein du ministère de la santé, puisque comme on sait les budgets de la santé sont réduits, et que le nouveau

programme antitabac sera en concurrence avec les autres programmes pour se partager les fonds. L'équipe du PNAT devra néanmoins déployer toutes ses capacités de persuasion afin de convaincre les décideurs que la lutte antitabac constitue une priorité urgente, et que le PNAT doit se voir attribuer des ressources propres.

Dans tous les pays se tiennent régulièrement des réunions auxquelles participent les ministres de la santé et les secrétaires d'État. Il conviendrait de leur présenter les preuves évidentes de la gravité de l'épidémie de tabagisme, ainsi que les décisions particulières qui leur incombent à cet égard, y compris celle d'allouer un budget au PNAT. Adoptée au Brésil, cette stratégie a permis d'obtenir un engagement officiel et un budget réservé au PNAT, approuvé par le ministre de la santé.

En dehors des ressources gouvernementales, le coordinateur national du PNAT devrait toujours être attentif aux possibilités de financements offertes par d'autres sources légitimes. Il existe parfois des dons ou subventions d'ONG nationales ou d'organismes de financement internationaux, destinés à constituer des fonds de démarrage pour le programme. C'est ainsi qu'en Thaïlande, le Rotary Club a contribué à financer le premier cycle d'activités du PNAT.

On peut aussi imaginer de transférer à la lutte antitabac certains budgets alloués à d'autres programmes, comme la lutte contre les maladies cardiovasculaires. En reliant la lutte antitabac à d'autres programmes du ministère, il devrait être possible d'obtenir pour le PNAT des financements supplémentaires.

Les organisations internationales multilatérales sont elles aussi pour le programme une source de financement potentielle. La CCLAT OMS comporte des dispositions prévoyant les diverses options de financement de la lutte antitabac, notamment dans les pays moins avancés. L'Union européenne s'est récemment déclarée intéressée à examiner des demandes de subventions faisant intervenir la lutte antitabac dans le processus de développement.

Il est une source de financement que le PNAT devra s'abstenir de solliciter : l'industrie du tabac, ses partenaires et ses représentants. Il est arrivé dans le passé que les cigarettiers proposent leur aide à des gouvernements, mais compte tenu de la nature du PNAT le conflit d'intérêts serait direct, et cette voie n'est pas à envisager.

Les ressources financières devront permettre de couvrir les frais de personnel, de location et de matériel de bureau, de transport et de fournitures, ainsi que les coûts engendrés par les activités du PNAT.

Décentralisation de la coordination du PNAT et création d'un réseau d'exécution

Lorsque le pays aura mis en place un PNAT avec sa coordination centrale, il conviendra d'élaborer une stratégie pour que les interventions du programme s'effectuent de la façon la plus large et la plus efficace. Le plus souvent, il faudra pour cela déléguer certains pouvoirs à des partenaires à différents niveaux de l'administration locale, qui seront autonomes pour mettre en œuvre et faire appliquer les interventions recommandées par le PNAT. Il sera essentiel d'intégrer au PNAT ces différents niveaux de l'administration locale.

Dans la plupart des systèmes nationaux de santé, il est possible de désigner un point focal antitabac à chaque échelon de l'administration locale. Ces points focaux devront avoir la capacité de mener la lutte antitabac et de gérer les infrastructures nécessaires au niveau local. Identifier les points focaux, s'assurer de leur engagement vis-à-vis du PNAT, et les intégrer au sein d'un réseau national de lutte antitabac, telle est la première démarche à accomplir pour exécuter efficacement les interventions du programme.

Constituer et entretenir le réseau décentralisé

Actions au niveau central :
Le coordinateur et le personnel du PNAT devront mener à bien les démarches suivantes :

- s'assurer du soutien du ministre de la santé pour demander aux responsables du ministère dans les États, les régions et les provinces de désigner localement des coordinateurs ou points focaux du PNAT, et de satisfaire aux besoins essentiels du programme antitabac local correspondant;
- établir les termes de référence du coordinateur ou point focal local de la lutte antitabac, et définir les paramètres de base du programme local antitabac;
- superviser des séminaires de formation sur la construction de capacités à tous les niveaux de l'administration locale où doit être créé un programme antitabac. Ces séminaires réuniront dans chaque région les coordinateurs officiels des États, régions et provinces (ou leurs équivalents selon l'organisation administrative du pays) et certains des membres du personnel.

Les responsables locaux de la santé ne feront peut-être pas toujours preuve d'enthousiasme pour mettre en place un programme antitabac. S'il ne s'agit pas là d'une priorité pour une collectivité donnée, le PNAT devra étudier les autres choix possibles. Le rôle de coordinateur pourra intéresser dans cette région une institution de recherche, ou une ONG. Le PNAT devrait alors les soutenir et les aider en ce sens.

Ce processus consistant à s'assurer de l'engagement de chaque niveau successif de l'administration sera répété jusqu'à atteindre l'échelon le plus local des collectivités; à chaque niveau, un coordinateur sera nommé et formé, et une version locale du programme sera établie. Chaque coordinateur ou point focal antitabac local sera chargé d'amorcer le processus au niveau immédiatement inférieur. Il s'agira donc d'instaurer un système en cascade, assez semblable à l'"effet papillon", afin de démultiplier le nombre des personnes désignées pour mener la lutte antitabac dans le pays. Ce système en cascade sera repris pour la formation : le personnel du PNAT formera les personnels au niveau des États, qui à leur tour formeront les professionnels de la santé au niveau des provinces, et ainsi de suite jusqu'à atteindre les agents des plus petites circonscriptions administratives.

Actions au niveau de tous les coordinateurs locaux et de leurs équipes
Une fois désignés et formés, les coordinateurs ou points focaux et les équipes des programmes locaux antitabac entreprendront les activités suivantes :

- constituer une base de données rassemblant les contacts importants au niveau correspondant, comportant les noms des représentants officiels locaux et des autres intéressés;
- organiser une réunion annuelle d'évaluation et de planification, avant la conférence nationale, afin d'estimer l'état d'avancement au niveau local du plan national d'action antitabac et de prévoir les priorités et activités de l'année suivante;
- fournir un appui technique et des matériels à l'échelon administratif inférieur, pour lui permettre de mener à bien localement ses activités antitabac;
- assurer sur le plan local la surveillance, le suivi et la recherche conformément au plan d'action du PNAT, et rapporter à celui-ci les résultats de ces activités;
- assurer une communication permanente avec tous les niveaux d'administration du PNAT.

Les attributions et responsabilités, les ressources nécessaires et les processus opérationnels des homologues locaux du PNAT seront très proches de ceux du programme national, bien que de moindre ampleur et adaptés à chaque lieu particulier. Le personnel du programme local antitabac travaillera en lien plus étroit avec les communautés et le grand public, puisque s'occupant de lutte antitabac à la base.

Le système en cascade, en engendrant des capacités de lutte antitabac à tous les échelons administratifs, favorisera l'établissement d'un réseau efficace qui permettra de mener à bien les interventions dans tout le pays. Ce processus viendra compléter et appuyer l'élaboration d'un plan d'action national. Ensemble, ils constitueront les infrastructures de base qui permettront aux pays de s'attaquer avec succès à l'épidémie de tabagisme.

Références

1. Da Costa e Silva Goldfarb LM. Government leadership in tobacco control: Brazil's experience. In: De Beyer J, Waverley Brigden L, eds. *Tobacco control policy: strategies, successes & setbacks*. Washington, DC, Banque mondiale, 2003:38–70.

2. De Beyer J, Waverley Brigden L, eds. *Tobacco control policy: strategies, successes & setbacks*. Washington, DC, Banque mondiale, 2003.

Bibliographie

Da Costa VL et al. *Directives pratiques pour la mise en œuvre d'un programme antitabac*, 1ère éd., Rio de Janeiro, Institut national du cancer/Ministère de la santé, 1998 [en portugais].

Goldfarb LM et al. *Les bases de la mise en œuvre d'un programme antitabac*, 1ère éd., Rio de Janeiro, Institut national du cancer/Ministère de la santé, 1996 [en portugais].

7
Formation et éducation

L'éducation ne saurait avoir d'autre fin que de servir les autres. Nous ne pouvons chercher à nous réaliser nous-mêmes sans penser au progrès et à la prospérité de notre communauté.

—Cesar Chavez

Le succès de la lutte antitabac dépend largement des ressources humaines permettant d'élaborer et de mettre en œuvre un ensemble d'activités à différents niveaux. Les activités décrites dans le présent ouvrage font appel à des connaissances et compétences précises, dont certaines ne seront peut-être pas disponibles dans un pays donné. Il conviendra donc de définir les besoins en matière de formation et d'éducation, afin de les prévoir d'emblée dans le programme du pays.

L'*éducation* est la méthode par laquelle sont transférées des informations et connaissances concernant la lutte antitabac et l'usage du tabac. Les différents groupes cibles ont besoin d'informations différentes selon qu'il s'agit pour eux de résister au tabac, de cesser de fumer, d'aider à l'arrêt, ou de planifier et d'exécuter un ensemble de mesures antitabac.

La *construction de capacités* est essentielle à toute lutte antitabac efficace, et constitue dans tous les cas un bon investissement. On ne peut élaborer de politiques appropriées si ceux qui prennent les décisions ne savent pas comment appliquer concrètement leurs savoirs pour faire changer les choses. Les mesures nouvelles risquent d'échouer si les personnes qui les mettent en place manquent de confiance ou de compétence dans l'exercice de leurs nouvelles fonctions, et notamment dans la constitution de partenariats. Pour réussir, les programmes et interventions doivent bénéficier de compétences dans l'analyse des problèmes et dans la planification, le suivi et l'évaluation des actions nécessaires.

Éduquer les populations en expliquant les dangers du tabac pour la santé suffit rarement à ce qu'elles cessent de fumer. Les gens ont besoin d'appréhender la notion de changement de comportement; peut-être des interventions seront-elles nécessaires pour surmonter les obstacles que leur société oppose au sevrage. Les professionnels de la santé doivent eux aussi comprendre comment se produisent les changements et en quoi ils peuvent y contribuer. Celles et ceux qui travaillent dans des services de sevrage ou sur des lignes d'assistance téléphonique ont besoin de compétences pour répondre aux sollicitations diverses des patients.

Les personnes qui œuvrent à la prévention de l'usage du tabac dans les communautés devront savoir toucher leurs publics cibles. Pour les jeunes, par exemple, des "compétences essentielles" générales seront requises pour éviter les risques, alors que les non-usagers du tabac auront plutôt besoin de savoir "dire non" sur la longue période.

Ce chapitre, qui se veut un simple survol d'un domaine complexe, ne prétend pas à l'exhaustivité. On y trouvera chaque fois que possible des ressources destinées à soutenir les activités de formation et d'éducation.

Le chapitre traite des questions suivantes :

1. Qui a besoin de quel type d'éducation ?
2. Quels sont les matériels qui conviennent aux différentes cibles ?
3. Comment se procurer, adapter ou concevoir de tels matériels ?
4. Qui a besoin de formation ?
5. Compétences et matériels nécessaires à la lutte antitabac.
6. Qui peut et doit mener les formations ?
7. Quelle sera l'efficacité probable des méthodes de formation ?
8. Comment préparer un séminaire de formation efficace ?

Terminologie et structure de ce chapitre

Par *formation*, on entend un transfert de compétences qui vise à renforcer la capacité d'entreprendre une lutte antitabac efficace. Par *éducation*, on entend la transmission de savoirs et de connaissances concernant (a) les moyens de lutte antitabac efficaces, et (b) les dangers du tabac et les méthodes de sevrage. La distinction entre transmission d'informations et transfert de compétences n'est pas toujours nette (par exemple, dans le cas des théories et techniques du sevrage). Cependant, l'information à elle seule pourra convenir et suffire à certains groupes cibles (par exemple les campagnes de sensibilisation visant à recueillir l'adhésion des communautés vis-à-vis des interdictions de fumer). Le contenu éducatif sera présenté dans les sections portant sur l'éducation et la formation.

Points de décision, astuces et exemples

Tout au long du chapitre, les décisions les plus importantes, ainsi que certains conseils utiles, et des principes directeurs et exemples d'activités de formation précédemment déployées ou recommandées, sont insérés dans le texte. La dernière section propose des plans de formation généraux, l'un pour les pays où la lutte antitabac en est à ses débuts et l'autre pour ceux où les politiques et programmes sont déjà plus avancés.

CONNAÎTRE LE PAYS : LES LIENS ENTRE L'ÉVALUATION DES BESOINS ET LES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE FORMATION ET D'ÉDUCATION

On a évoqué au Chapitre 5 le rôle crucial de l'analyse de situation ou de l'évaluation des besoins dans l'élaboration d'un plan d'action national. Cet exercice devra couvrir la formation et l'éducation à la lutte antitabac.

Pour établir *qui* aura besoin de *quelles* connaissances ou compétences, on s'appuiera sur une évaluation indiquant :

- la répartition des usagers du tabac (par âge, sexe, ethnie, lieu d'habitation, classe sociale);
- la forme de tabagisme de chaque sous-groupe (par exemple cigarettes, bidis, tabac sans fumée ou à chiquer, cigares, etc.);
- les facteurs qui influencent l'initiation au tabac (par exemple normes sexuées, image, croyances culturelles, pressions des pairs, publicité);
- les formes de lutte antitabac, le cas échéant, et leur application réelle (par exemple interdictions de publicité, hausses des taxes et des prix, interdictions de l'usage du tabac dans les lieux publics, restrictions à la vente en fonction de l'âge);
- les programmes de prévention et de sevrage, le cas échéant (par exemple consultations antitabac, assistance téléphonique, campagnes dans les médias, programmes éducatifs, traitements de substitution nicotinique).

Les évaluations des besoins de formation

L'évaluation des besoins de formation est le processus qui consiste à définir systématiquement les connaissances et compétences qui sont nécessaires, et celles qui sont présentes dans l'ensemble des ressources humaines disponibles. Ce chapitre vise à faciliter ce processus. L'évaluation des besoins contribue également à éviter les doubles emplois en s'appuyant sur les acquis existants pour identifier les capacités et les manques.

Question 1. Qui a besoin de quel type d'éducation ?

Si l'évaluation des besoins ne fait apparaître que peu de mesures ou programmes antitabac, alors que la prévalence est forte chez les hommes, les femmes et les jeunes, le public cible sera plus large. L'éducation devra sans doute se concentrer sur la sensibilisation des communautés, le renforcement des arguments en faveur des restrictions, et l'introduction de savoirs concernant les méthodes du sevrage et les avantages qu'il procure.

Si au contraire le pays a adopté des mesures fortes et obtenu des réductions importantes, les cibles seront plus restreintes. L'éducation s'attachera alors au renforcement des interdictions, à l'information préventive en direction des jeunes, et à des interventions de sevrage spécialisées destinées à des sous-groupes particuliers.

Dans la plupart des pays, on observera deux principaux groupes cibles, qui se chevaucheront dans une certaine mesure.

Groupe cible I – Personnes qui planifient ou soutiennent les mesures et programmes antitabac

Les cibles du groupe I auront besoin d'une *éducation en matière de processus et stratégies antitabac* et comprennent :

- les responsables officiels des ministères concernés, comme la santé, les finances, l'agriculture et l'éducation, aux niveaux central, des États, des provinces et des districts;
- les principaux responsables des associations d'enseignants, de jeunes, d'employeurs, de salariés, et des groupes communautaires;
- les professions juridiques;
- les professions de santé;
- les représentants des médias.

Groupe cible II – Personnes impliquées dans des activités individuelles ou communautaires de prévention et de sevrage tabagique

Les cibles du groupe II auront besoin d'une *éducation concernant les risques du tabagisme et les méthodes de sevrage* et comprennent :

- les usagers du tabac;
- la communauté en général;
- les représentants des médias;
- les jeunes et autres groupes à risque d'initiation;
- le personnel des consultations antitabac, des assistances téléphoniques, etc.
- les professionnels de la santé.

Point de décision :

Compiler une liste de ces deux groupes dans le pays.

Question 2. Quels sont les matériels qui conviennent aux différentes cibles ?

Les matériels éducatifs devront correspondre au niveau de scolarisation, à l'âge, au profil et à la profession des cibles, et aux résultats escomptés.

Groupe cible I – Les personnes qui planifient et soutiennent des mesures antitabac, par exemple des politiques, législations et programmes, auront besoin de matériels plus avancés, rendant compte de sujets plus complexes, y compris dans leurs aspects économiques et juridiques. Les autres pourront se contenter de cadres plus simples, à usage communautaire. L'Encadré 1 ci-dessous résume les besoins en informations des différents acteurs.

Encadré 1. Besoins en informations du groupe I

	Responsables gouverne-mentaux	Enseignants, employeurs, groupes com-munautaires	Associations de jeunesse, syndicats de salariés	Professions juridiques	Professions de santé	Médias
Risques du tabagisme pour la santé	✓	✓	✓		✓	✓
Effets sanitaires et économiques du tabagisme	✓	✓	✓	✓		✓
Démarches de sevrage		✓	✓		✓	
Modèles de mise en place d'écoles et lieux de travail non-fumeurs		✓	✓		✓	
Modèles de mesures antitabac efficaces	✓			✓	✓	
Questions d'élasticité demande/prix	✓			✓		✓

Groupe cible II – Parmi les personnes qui ont besoin d'informations sur les dommages provoqués par le tabac et sur les méthodes d'arrêt, on rencontre tous les profils. Il existe de bons matériels, mais il sera peut-être utile d'en produire de nouveaux, spécialement adaptés au pays, pour en garantir l'acceptabilité culturelle par chaque groupe cible. L'Encadré 2 résume les informations nécessaires aux membres du groupe II.

Encadré 2. Besoins en informations du groupe II

	Usagers du tabac	Communauté en général	Représentants des médias	Jeunes et autres groupes à risques	Personnel des consultations antitabac	Professionnels de la santé
Risques du tabagisme pour la santé	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Stratégies de sevrage	✓	✓	✓		✓	✓

Point de décision :

À l'aide des listes de la Question 1, mettre sous forme de tableau les types d'informations nécessaires à chaque sous-groupe.

Question 3. Comment se procurer, adapter ou concevoir de tels matériels ?

Il est très probable que le PNAT choisira d'utiliser certaines ressources existantes et d'en élaborer d'autres; cette section traite donc des deux approches.

Se procurer des matériels

Cette recherche sera influencée par le temps disponible, les budgets, la technologie employée et les relations avec les organisations nationales et internationales.

- Organiser une réunion d'information avec des organismes susceptibles de détenir de tels matériels (par exemple départements ministériels, universités, instituts de recherche, organisations de promotion de la santé et associations de professionnels de la santé, organisations non gouvernementales) :
  - demander aux participants d'apporter des matériels ou leurs références détaillées;
  - pendant la réunion, inviter les participants à proposer d'autres sources;
  - pendant ou après la réunion, inviter certains participants à mener une recherche plus systématique;
  - effectuer une recherche électronique (bibliothèques, annuaires et moteurs de recherche tels que Google) à l'aide de mots clés comme *tabac*, *prévention du*

tabagisme, *éducation sanitaire*, *promotion de la santé*, *formation des professionnels de la santé*, *tabac sans fumée*, *bidies*, *sevrage tabagique*.

- Visiter régulièrement le site Web de l'Initiative pour un monde sans tabac (TFI) (http://www.who.int/tobacco/ en), ou envoyer un courrier électronique à TFI, tfi@who.int. Souvent, les Bureaux régionaux de l'OMS possèdent aussi des matériels dans les principales langues de la Région concernée. On peut accéder à leurs sites Web en passant par celui de TFI.
- Visiter les sites Web portant sur la lutte contre le cancer, la promotion de la santé, l'éducation sanitaire et la santé des jeunes, tels que
  - http://www.uicc.org/
  - http://www.tobaccopedia.org/
  - http://www.globalink.org/tobacco/news/
  - http://www.stop-tabac.ch/fr/welcome.html
  - http://www.ash.org/
  - http://www.inwat.org/
  - http://tobaccofreekids.org/
- Contacter les organisations ci-dessus par téléphone, lettre ou courrier électronique, pour leur demander des matériels ou des suggestions. Nombre de ces organisations proposent leurs matériels gratuitement.
- Choisir les matériels avec soin, en s'assurant de la fiabilité de leurs sources. L'industrie du tabac et ses alliés publient eux aussi des matériels qui prétendent soutenir les stratégies antitabac, notamment dans le domaine de la prévention du tabagisme chez les jeunes. Toutefois, les recherches effectuées sur ces matériels d'origine cigarettière montrent que les stratégies qu'ils préconisent sont soit inefficaces, soit très faiblement efficaces. On pourra déterminer la crédibilité des matériels à l'aide d'une brochure de l'Initiative pour un monde sans tabac (Bureau régional OMS du Pacifique occidental), *Seeing Beneath the Surface : The Truth Behind the Tobacco Industry's Youth Smoking Prevention Programmes*, en la commandant à tfi@wpro.who.int. On consultera en outre une publication du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, *The Tobacco Industry Documents: What they are, what they tell us and how to search them. A practical manual* (http://www.emro.who.int/tfi/TobaccoIndustry-English.pdf).

Adapter des matériels

Il est souvent moins coûteux d'adapter des matériels plutôt que d'en créer de nouveaux.

- Recenser les matériels existants, et inviter un groupe de spécialistes de l'éducation sanitaire et de la communication, ainsi que des représentants des populations cibles, à étudier ces matériels et à y apporter leurs commentaires.
- Établir précisément quelles composantes sont appropriées au pays, par le contenu, le style, la longueur et la langue, et lesquelles devront être modifiées, compte tenu des budgets et compétences disponibles.
- En cas de traduction vers une autre langue, engager un professionnel afin d'en garantir la conformité technique et culturelle.

Astuce:

Toujours pré-tester les matériels auprès des groupes cibles après les modifications initiales.

Repérer les manques

Après avoir identifié et adapté les matériels existants, on recherchera les éléments manquants pour atteindre les buts pédagogiques définis. On demandera aux membres des groupes ci-dessus de contribuer à ces décisions stratégiques (compte tenu des délais et des budgets et ressources humaines disponibles). On dressera la liste des matériels restant à trouver, et de leurs cibles[1], avant de décider de produire de nouveaux documents.

Point de décision :

Définir quels matériels sont nécessaires et pour qui; en établir la disponibilité et décider s'il convient de produire de nouveaux matériels, d'adapter des matériels existants, ou de combiner les deux approches.

Produire des matériels

Les matériels produits par le PNAT ont les meilleures chances de correspondre aux besoins du pays. Même si l'on pourra dans un premier temps utiliser les matériels existants, il faudra peut-être en produire de nouveaux si ces derniers s'avèrent inefficaces. Les principales étapes de la production de matériels sont résumées ci-dessous.

- Après avoir recensé les besoins non satisfaits, déterminer le rôle et les buts des matériels envisagés. Certains pourront servir à la fois à l'information et à la formation, tandis que d'autres seront mieux adaptés à une fonction précise.

  Les matériels d'information devront :
  - être clairs et faciles à comprendre pour les publics cibles;
  - débusquer les mythes entretenus par l'industrie du tabac;
  - être adaptés en longueur, langage et complexité technique au groupe cible visé;
  - fournir des informations complémentaires, par exemple comment obtenir une aide au sevrage.

  Les matériels de formation (manuels compris) devront :
  - proposer des explications détaillées et des instructions pas à pas;
  - proposer de nombreux exemples et exercices;
  - être appropriés en complexité, longueur et langage;
  - tenir compte du temps et des ressources dont disposent réellement les utilisateurs;
  - comporter une liste de ressources complémentaires.

1 On trouvera un résumé simple et concis sur les raisons et la manière d'évaluer les besoins de l'éducation sanitaire à cet égard en *(1)*.

- S'interroger sur la meilleure méthode pour communiquer avec le public. Chacune des méthodes suivantes comporte des avantages selon les situations *(1, 2)* :
  - contes et théâtre;
  - affiches;
  - tableaux à feuilles mobiles;
  - photographies;
  - cassettes ou CD audio et vidéo;
  - articles de la presse quotidienne ou périodique;
  - publications dans des revues ou bulletins;
  - manuels;
  - matériels électroniques, issus de sites Web ou de listes de distribution.

- Succession des démarches dans la production de matériels de communication *(2)* :
  - décider des contenus généraux et spécifiques;
  - rédiger un premier projet;
  - étudier le projet avec des spécialistes et représentants des publics cibles;
  - pré-tester les matériels auprès du public cible;
  - les modifier le cas échéant;
  - les faire imprimer ou reproduire, et distribuer.

Question 4. Qui a besoin de formation ?

On consultera ici encore l'évaluation des besoins. Les pays où la lutte antitabac est limitée et l'usage du tabac répandu auront besoin d'une formation plus large; dans ceux où la prévalence est plus faible et la lutte antitabac plus avancée, les cibles seront plus précises.

Pour déterminer *qui* aura besoin d'une formation, on emploiera un cadre semblable à celui des besoins d'information.

Les personnels dont la capacité devrait être renforcée pourront comprendre :

- les décideurs politiques et leurs conseillers (responsables officiels de tous les secteurs);
- les concepteurs de programmes et d'interventions (gouvernement et ONG);
- les professionnels de la santé ou conseillers en sevrage tabagique;
- les enseignants, animateurs et autres personnes impliquées dans la prévention, y compris la formation aux "compétences essentielles";
- les services de promotion de la santé;
- les usagers désireux de s'arrêter;
- les défenseurs de la santé publique décidés à aborder résolument la lutte antitabac;
- les ONG antitabac.

Point de décision :

Établir une liste des personnes ayant besoin de compétences nouvelles.

Question 5. Compétences et matériels nécessaires à la lutte antitabac

L'"analyse des tâches" *(2)* sert à définir avec précision les capacités nécessaires pour occuper efficacement un poste. Les activités antitabac, dans leur variété, impliquent chacune un ensemble de tâches spécifiques. L'analyse des tâches permettra de déterminer les objectifs de l'enseignement, les matériels pédagogiques, ainsi que les formateurs adéquats. Par "tâches", on désigne en général les attitudes et connaissances aussi bien que les compétences.

Activités et besoins de formation

Le tableau suivant *(2)* constitue un outil de base pour déterminer les compétences nécessaires à des tâches spécifiques, mais le PNAT devra élaborer sa propre liste.

Compétences nécessaires à la lutte antitabac

Activités antitabac	Compétences requises
Concevoir et mettre en œuvre des mesures de politique (prix, interdictions, restrictions de vente) à tous les niveaux	• créer des partenariats intersectoriels • mener des analyses d'impact sanitaire et économique des mesures politiques • concevoir une législation et mettre en œuvre des directives et règlements applicables
Plaider la cause à tous les niveaux	• mener des enquêtes communautaires (échantillonnage, collecte des données, analyse) sur l'acceptabilité des mesures • rédiger des rapports et présenter efficacement les données dans différents médias afin de diffuser l'information et d'influencer les groupes cibles • examiner avec soin les données sanitaires existantes, et riposter aux arguments de l'industrie du tabac • recenser des partenaires et passer des alliances stratégiques
Surveiller les tendances du tabagisme	• techniques d'enquête au sein des populations • gestion et analyse des données • rédaction de rapports et diffusion de l'information
Planifier et exécuter des interventions aux niveaux national, provincial, du district ou de l'organisation (par exemple éducation dans les écoles; campagnes dans les médias; lieux de travail non-fumeurs)	• "analyse de situation" approfondie (qualitative, quantitative, enquêtes rapides sur les déterminants de l'usage de tabac) • analyse et interprétation des données • planification stratégique du programme de santé, fondée sur l'analyse de situation • conception des cursus et matériels éducatifs appropriés • communication efficace auprès des groupes cibles • suivi et évaluation du programme
Programmes de sevrage tabagique aux niveaux des provinces, des districts et des communautés	• conseil comportemental et soutien • diriger et soutenir les conseillers
Prévention ou sevrage tabagique chez les individus	• "compétences essentielles" (aptitude à percevoir les risques et la pression des pairs; savoir dire non; comprendre comment décider) • techniques de sevrage et d'abstinence (avec ou sans traitement de substitution nicotinique et/ou bupropion)

Compétences nécessaires aux différents personnels

L'Encadré 3 résume les compétences nécessaires aux différentes catégories de personnes visées par la formation et l'éducation.

S'appuyer sur les ressources humaines existantes

Il existe sans doute dans le pays, mais hors du secteur antitabac, des personnes dotées des compétences ci-dessus. Il serait donc préférable, si elles le désirent, d'élargir leurs compétences à ce domaine pour leur permettre d'y travailler, plutôt que de former des débutants complets.

On pourra rencontrer des talents en matière de recherche et d'évaluation dans les instituts et universités; des experts de la modélisation économique dans les sphères gouvernementales et les universités; des juristes dans les universités et les professions

Encadré 3. Qui a besoin de quelles compétences ?

	Jeunes	Adultes	Groupes communautaires	Enseignants	Personnel de santé	Consultations antitabac	Planificateurs des programmes	Décideurs politiques
Résister à la pression du tabagisme	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Sevrage et abstinence tabagiques	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Conseil au sevrage			✓	✓	✓	✓	✓	
Collecte de données sur le tabagisme					✓		✓	✓
Analyse de données					✓		✓	✓
Planification d'interventions communautaires			✓		✓		✓	
Suivi et évaluation des interventions			✓		✓	✓	✓	
Diffusion de l'information			✓		✓	✓	✓	✓
Analyses économiques pour définir les prix								✓
Campagnes médias			✓		✓		✓	
Production de matériels éducatifs			✓	✓	✓		✓	
Création de partenariats		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Élaboration de politiques			✓		✓		✓	✓

juridiques; des décideurs politiques dans les instances gouvernementales; des experts du lobbying et de la création de partenariats dans les ONG; des planificateurs de la santé dans les administrations sanitaires centrales et provinciales, et dans les écoles de santé publique; des auteurs, éditeurs et experts en communication dans les entreprises, les médias, l'édition, les universités et les ONG; des conseillers en comportement dans les programmes de santé de l'adolescent, de lutte antidrogues ou de prévention de la violence; des experts en "compétences essentielles" dans les organisations de santé et développement de l'adolescent.

Astuce:

S'assurer que les personnes invitées à dispenser des formations ou à élaborer des matériels ne travaillent pas pour l'industrie du tabac, et ne rencontrent pas d'autre conflit d'intérêts.

Point de décision :

Déterminer quelles compétences réunir et où trouver le personnel correspondant.

Matériels éducatifs et pédagogiques recommandés

La liste qui suit, répartie par sujet, constitue un point de départ pour l'éducation et la formation à la lutte antitabac. Elle n'est pas exhaustive, et on trouvera ailleurs dans ce manuel des références à d'autres matériels.

Astuce:

Les matériels de l'Organisation mondiale de la Santé sont souvent moins chers pour les pays en développement.

1. Effets de l'usage du tabac sur la santé, analyse coûts-avantages, décisions en matière de taxation et de prix, réglementation, litiges, matériels de sensibilisation.

Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (Le développement à l'œuvre) (http://www1.worldbank.org/tobacco/reports.asp).

Economic, social and health issues in tobacco control. Rapport d'une réunion internationale de l'OMS, Kobé, 3–4 Déc. 2001. Kobé, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, DC, Banque mondiale, 2003 (Health Nutrition and Population Discussion Paper, Economics of Tobacco Control, paper No. 6).

Mackay J, Eriksen M. *The tobacco atlas*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Public support for international efforts to control tobacco: a survey in five countries. Toronto, Environics Research Group Limited, 2001.

The economics of tobacco use & tobacco control in the developing world. A background paper for the High-Level Round Table on Tobacco Control and Development Policy. Commission européenne, en collaboration avec l'OMS et la Banque mondiale. Bruxelles, 3–4 février 2003.

The European report on tobacco control policy – Review of implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997–2001. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2002.

Samet J, Soon-Young Yoon, éds. *Women and the tobacco epidemic: Challenges for the 21st century*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

Tobacco control legislation: an introductory guide. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Organisation mondiale de la Santé, Initiative pour un monde sans tabac : http://www.who.int/tobacco/en

2. Méthodes de sevrage tabagique, changement de comportements, traitements de substitution nicotinique.

Addressing the worldwide tobacco epidemic through effective, evidence-based treatment. Réunion d'experts, mars 1999, Rochester, MN, USA. Genève, Organisation mondiale de la Santé,1999 (http://www.who.int/tobacco/health_impact/mayo/en/)

Helping smokers change: a resource pack for training health professionals. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2001.

Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Regulation of nicotine replacement therapies: an expert consensus. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2001.

3. Méthodes de formation et conception de matériels pour apprendre avec efficacité.

Abbatt, FR. *Enseigner pour mieux apprendre : guide à l'intention des enseignants du personnel de soins de santé primaires*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 [épuisé]

Brookfield SD. *Understanding and facilitating adult learning*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1986.

L'éducation pour la santé, Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1990 [épuisé].

Salle de lecture : articles liés à la formation (http://www.reproline.jhu.edu/french/6read/6read.htm).

4. Planification et mise en œuvre des lieux de travail et communautés non-fumeurs.

Oakley P. *Community involvement in health development: an examination of the critical issues*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989.

Tobacco in the workplace: meeting the challenges. A handbook for employers. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2002.

5. Méthodes de recherche, méthodes d'évaluation rapide, planification et évaluation de la santé, évaluation des interventions antitabac, rapports.

Chollat-Traquet C. *Évaluation de la lutte antitabac : exemples concrets et principes directeurs*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.

Giving adolescents a voice: conducting a rapid assessment of adolescent health needs. A manual for health planners and researchers. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2001.

Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996.

Hawe P, Degeling D, Hall J. *Evaluating health promotion: A health worker's guide*. Sydney, Maclennan & Petty, 1990.

Minichiello V et al. *In-depth interviewing: researching people*. Melbourne, Longman Cheshire,1990.

6. Stratégies de prévention chez les jeunes, construction de "compétences essentielles", santé et développement de l'adolescent.

Programming for adolescent health and development. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.

Simantov E, Schoen C, Klein JD. Health-compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2000, 154(10):1025–1033.

The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth: a cross-country comparison. *Tobacco Control*, 2002, 11:252–270.

What in the world works? International Consultation on Tobacco and Youth. Singapore, 28–30 September 1999. Final Report. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2000.

Point de décision :

Déterminer quels matériels sont essentiels et lesquels sont souhaitables, en vérifier la disponibilité, et décider de se les procurer ou non.

Question 6 : Qui peut et doit mener les formations ?

La lutte antitabac fait appel à de nombreuses aptitudes, et donc à de nombreux types de formation. Il n'y a donc pas de souci à avoir au cas où le pays manquerait de formateurs patentés en "lutte antitabac". La formation peut et doit réunir des personnes et des groupes de toute sorte.

L'utilisation des formateurs existants

Le pays comptera presque certainement un certain nombre de formateurs, même s'ils ne travaillent pas dans le domaine de la lutte antitabac. On contactera donc les services gouvernementaux, les ONG, les universités et instituts de recherche, les organisations de marketing social, ainsi que les groupes actifs dans les domaines du changement comportemental, de la planification-évaluation, du développement de la jeunesse et du changement législatif. On demandera à s'entretenir avec leurs départements chargés de la formation, afin de leur décrire les besoins. Les formateurs devront posséder une expérience pratique des matières qu'ils vont enseigner. On recherchera ceux qui sont disposés à adapter leurs compétences à un nouveau domaine essentiel, **mais en s'assurant qu'ils ne travaillent pas au service de l'industrie du tabac**.

On constate souvent que les jeunes s'instruisent plus facilement auprès d'autres jeunes. Si l'on estime que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la langue, ou l'origine géographique ou culturelle peuvent influencer le processus d'apprentissage, on s'efforcera de repérer des formateurs appartenant au groupe concerné.

Point de décision :

Déterminer quels formateurs sont nécessaires, où les recruter, et s'ils ont le profil et la disponibilité pour une formation antitabac.

La formation de formateurs

Former des formateurs est une stratégie utile pour dispenser rapidement une éducation dans un large public, notamment lorsqu'on l'emploie en cascade, comme indiqué au Chapitre 6. Les fonds consacrés à former des "maîtres formateurs" seront bien employés. Ces derniers devront intégrer des informations et compétences nouvelles, de même que des techniques de formation; on fera en sorte qu'ils disposent de ressources, de temps et de budgets suffisants. On examinera en outre la possibilité d'établir un programme de

"mentors", dans lequel un ou plusieurs individus apportent un soutien, des réactions, des matériels complémentaires ou des mises à niveau, à la suite d'une formation initiale.

Astuce:

Inviter les participants à évaluer anonymement la formation, afin d'en assurer la qualité, et d'établir si les formateurs ont besoin de nouvelles compétences ou font montre de l'intérêt et du talent nécessaires pour tenir ce rôle important.

Question 7. Quelle est l'efficacité à attendre des méthodes de formation ?

En général, on apprend d'autant mieux qu'on peut mettre en pratique les nouvelles connaissances acquises. Les méthodes d'enseignement pour adultes sont précieuses à cet égard. La plupart des gens s'adaptent bien aux méthodes actives, et les perçoivent comme plaisantes et efficaces, même si elles s'en trouvent un peu gênées dans un premier temps; mais dans certaines sociétés, on juge indigne des adultes de se livrer à des jeux de rôles ou de s'exercer en public, de sorte qu'il convient de toujours prendre en compte le milieu culturel.

Astuce:

L'OMS a publié deux guides concernant les méthodes de formation courantes *(1, 2)*. On pourra y choisir celles qui correspondent le mieux au public, et aux compétences, budgets et matériels disponibles.

Le rôle du formateur

Le bon formateur pratique un enseignement actif auquel il donne du sens; il fait part de ses commentaires, s'assure que le cours est bien assimilé, se montre attentif aux besoins individuels et soucieux de l'issue du processus. Décrivant ces qualités, Abbatt *(2)* évoque les méthodes de transmission des connaissances, attitudes et compétences.

Connaissances

Quelques points essentiels d'un enseignement efficace :

- Ne pas tenter de tout enseigner : choisir les faits principaux et adopter le ton juste.
- L'assistance n'a-t-elle besoin que d'informations, ou également de compétences ?
- Proposer plusieurs sources d'informations, en indiquant des ressources et en donnant des conseils afin que les participants puissent se procurer eux-mêmes d'autres informations.
- Utiliser si possible des exemples empruntés au "monde réel".
- Prévoir les sujets dans leur succession (ce qui sera traité en premier lieu, en deuxième, etc.).
- Se renseigner sur les connaissances que l'assistance possède déjà.

- Expliquer l'importance des informations transmises.
- Débuter par un bref résumé.
- Varier les méthodes (cours, polycopiés, supports audiovisuels, jeux de rôles, exercices, discussions de groupe, co-enseignement, exposés des participants).
- Encourager les questions et la discussion.
- Adapter son langage à l'assistance.
- À la fin de chaque séance, résumer les points essentiels et vérifier que chacun les a compris.

Enseigner les attitudes

Adopter les attitudes qui conviennent est d'une importance toute particulière dans le conseil en matière de sevrage et la sensibilisation.

- Fournir des informations permettant de construire les attitudes (dommages occasionnés par le tabagisme; obstacles au sevrage dans certaines populations; analyse coûts-avantages de l'usage du tabac).
- Donner des exemples ou des modèles (amélioration des aptitudes sportives consécutive au sevrage; bons résultats d'une consultation antitabac; opération de sensibilisation ayant conduit à une législation; projection vidéo d'une séance de conseil efficace).
- Pratiquer des discussions de groupe et des jeux de rôles afin d'étudier les attitudes et de gagner en empathie (par exemple vis-à-vis des fumeurs ou des jeunes).

Un exemple :

En 2001, le Bureau régional OMS de l'Europe a publié un ensemble de ressources, *Helping Smokers Change*, proposant un exercice par "binômes" qui permet de gagner en empathie dans le domaine du changement de comportement. Tour à tour, chaque participant évoque une habitude réelle qu'il ou elle souhaite modifier, en discutant des avantages et désavantages du changement par rapport a l'immobilisme, tandis que l'autre participant complète une grille.

Compétences

- Procéder à une "analyse des tâches" *(2)* afin de recenser les compétences requises selon les niveaux, de façon à les analyser pour les enseigner dans leur ordre.
- Décrire les tâches, en faire la démonstration et permettre à chaque participant de s'exercer, en ménageant un temps de répétition. **Maîtriser des compétences peut prendre 2 à 4 fois plus longtemps qu'assimiler des informations**.
- Les jeux de rôles permettent de mettre en confiance (lors d'interviews, d'activités de conseil, d'interventions publiques). Demander aux autres participants d'exprimer leur réaction; mais **ne jamais forcer quiconque à prendre part à un jeu de rôles**.
- Des études de cas écrites seront discutées ou analysées (un partenariat antitabac efficacement mené ailleurs; une intervention communautaire mal conçue).
- Si l'expérience professionnelle constitue la meilleure consolidation des compétences, elle implique aussi la compréhension du superviseur et des possibilités de soutien, de recours à des mentors et de formations complémentaires.

- Il existe des ressources utiles *(1, 3)* à l'appui de la formation au conseil individualisé au patient (par exemple, les compétences du sevrage).

Un exemple :

Parrainés par l'OMS, les séminaires d'intervention communautaire antitabac en Chine (2002) prévoyaient quotidiennement certaines tâches en petits groupes, débouchant sur une proposition d'intervention soumise à offres de financement. Ce processus a permis de consolider les compétences en matière d'établissement des objectifs, de choix des stratégies et activités, et de définition des indicateurs de suivi-évaluation. (Voir Encadré 7, p. 116.)

Point de décision :

Entreprendre une "analyse des tâches" et décider des types de méthodes pédagogiques qui permettront la meilleure construction de capacités.

Question 8. Comment préparer un séminaire de formation efficace ?

Cette section résume les principales composantes de la préparation et de la conduite de séminaires, et propose des exemples de séminaires réels.

Ceux-ci sont en général de courte durée (2 à 10 jours), très spécialisés et intensifs. Ils conviennent avant tout aux formations qui peuvent se dérouler en salle. La formation dispensée en séminaire n'est habituellement pas très approfondie, de sorte que les participants devront pouvoir emporter des matériels pour rafraîchir leurs connaissances, ou se voir proposer d'autres possibilités de formation.

Astuce:

En décidant des participants à former, on saura que les séminaires de formation visent au moins deux buts :

1. Ils donnent le temps, le lieu et l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences (dont certaines pourront servir dans d'autres domaines).
2. Ils contribuent à éveiller les consciences et à gagner de nouveaux alliés et partenaires.

Points à vérifier en préparant un séminaire

- Établissement des objectifs :
  - être réaliste dans les objectifs; trop d'ambition peut nuire au succès;
  - s'assurer que les objectifs ont été clairement expliqués aux participants, et bien compris;
  - avoir conscience et tenir compte de tout objectif sous-jacent (par exemple, gagner des alliés).

- À propos des participants :
  - prendre en compte leur rôle, leurs capacités, et leur volonté de participer au séminaire et d'utiliser leurs nouvelles compétences;
  - assurer un équilibre entre les sexes, les ethnies, les origines géographiques et l'appartenance institutionnelle;
  - le nombre : un groupe de 15 à 30 personnes sera assez large pour permettre d'échanger des opinions et expériences variées, et assez restreint pour permettre d'établir des relations et de participer activement;
  - éviter les trop forts déséquilibres entre personnalités, qui pourraient inhiber la participation aux débats;
  - sélectionner quelques participants "en avance" afin de dynamiser immédiatement le séminaire (cette dynamique est importante);
  - les lettres d'invitation préciseront le but, la durée et les attentes du séminaire;
  - ces invitations seront expédiées à temps pour en gérer les réponses.
- Dates :
  - les dates (jours, mois, année) conviendront aux principaux participants;
  - la durée de la formation sera suffisante pour un transfert de compétences (d'autres ateliers, voire d'autres mécanismes, seront peut-être nécessaires pour les consolider);
- Locaux :
  - choisir un lieu pratique et accessible pour la plupart des participants;
  - s'assurer que les participants ne seront pas gênés par le bruit, la circulation ou autres nuisances;
  - la salle de cours ne sera ni trop petite (surchargée) ni trop grande (intimidante), et donnera un sentiment de confort aux participants;
  - fournir des supports d'écriture;
  - s'assurer de l'approvisionnement ou de la disponibilité en rafraîchissements et en repas;
  - s'assurer que les besoins en matériel audiovisuel seront satisfaits;
  - prévoir de l'espace et des instruments d'écriture pour les travaux en groupes.
- Documents à lire en séminaire :
  - en quantités modérées, les documents auront davantage de chances d'être lus et utilisés;
  - on choisira les matériels qui conviendront au type et à l'objet de l'enseignement;
  - on prévoira des jeux de documents sous reliure de protection, ainsi que des suppléments éventuels;
  - on indiquera comment se procurer d'autres lectures, dont on fournira une liste.

Les limites des séminaires

Bien qu'appréciés et efficaces, les séminaires ont leurs limites :

- Styles et préférences d'apprentissage : certaines personnes ne parviennent pas à se concentrer au cours de séances intensives; d'autres n'aiment pas les discussions de groupe.
- De l'intensité mais pas de consolidation : nombre de savoir-faire, comme la recherche et le conseil, exigent une longue pratique pour être convenablement assimilés.

- Les conflits de personnalités, la tension créée par des animateurs inexpérimentés, de forts déséquilibres de pouvoir entre participants, tout cela peut nuire à l'apprentissage.

Exemples de séminaires antitabac

L'Encadré 4 présente un séminaire générique; les Encadrés 5, 6 et 7 résument de véritables séminaires. L'Annexe 1 détaille davantage les programmes des séminaires des Encadrés 5 et 7.

Encadré 4. Modèle générique d'un séminaire de 2 jours sur la lutte nationale contre le tabac

Objectifs

- Améliorer les connaissances concernant la charge de morbidité du tabagisme et provoquer des réactions appropriées chez les principaux intéressés.
- Établir des partenariats.
- Faire connaître la Convention-cadre OMS pour la lutte antitabac.

Public cible

- Représentants des ministères concernés aux échelons moyen et supérieur (santé, finances, éducation, agriculture, etc.).
- Représentants des grandes organisations de santé (spécialisées par exemple dans le cancer et les maladies cardiaques).
- Représentants des grandes organisations communautaires.

Présentateur/animateur

Personne de niveau supérieur, ayant l'expérience de la création d'échanges participatifs et de partenariats, sans aucun lien avec les intérêts du tabac.

Contenu

- Risques pour la santé, bénéfices du sevrage, charge de morbidité internationale et nationale; tendances.
- Coûts économiques et sociaux.
- La Convention-cadre OMS pour la lutte antitabac et son utilité.
- Le rôle des professionnels de la santé dans la prévention du tabagisme et le sevrage.
- Modèles efficaces de réglementations antitabac, interventions, programmes de sevrage et de prévention.
- La constitution de partenariats antitabac.
- L'élaboration de plans d'action.

Encadré 5. Séminaire sur la construction et le renforcement des capacités nationales antitabac[2]

Objectifs

- Renforcer et soutenir les capacités des pays à concevoir, planifier, suivre et évaluer des programmes antitabac globaux, reflétant les priorités et réalités nationales.
- S'appuyer sur les systèmes de santé publique existants pour renforcer leurs capacités humaines et institutionnelles en matière de gestion, de techniques et de politiques.
- Élaborer un projet pilote pour conduire des séminaires analogues sur la construction de capacités nationales de lutte antitabac.

Public cible

Représentants des ministères de la santé

Animateurs

Directeur, Initiative pour un monde sans tabac, Organisation mondiale de la Santé.

Contenu

- Aspects mondiaux et nationaux de la lutte antitabac.
- Comment influencer les décideurs en matière de lutte antitabac.
- L'expérience du Brésil.
- L'utilisation d'instruments de communication pour créer un climat favorable à la lutte antitabac.
- Le rôle de la société civile dans la lutte antitabac.
- Les Programmes nationaux antitabac : questions de structures, mécanismes de coordination, autonomie durable.
- Mesures législatives et économiques.
- Comment explorer les documents de l'industrie du tabac.

2 Établi sur la base d'un séminaire de 4 jours sur le renforcement des capacités nationales de lutte antitabac, destiné aux pays lusophones, tenu au Brésil en avril 2003. Ce séminaire était accueilli par l'Institut national brésilien du cancer, et co-parrainé par l'OMS/TFI et l'INCA (Brésil).

Encadré 6. Séminaire sur les aspects sexués de la lutte antitabac[3]

Objectifs

- Utilisation de modèles sociosanitaires pour étudier les dimensions sexuées de l'usage du tabac chez les hommes et les femmes.
- Comprendre les effets sanitaires du tabagisme et leur différenciation en fonction du sexe.
- Assimilation d'instruments de recherche permettant de contribuer à la conception de programmes et politiques qui tiennent compte des aspects sexués.
- Préparation de plans d'action visant à introduire les questions sexuées dans la lutte antitabac.

Public cible

Chercheurs, responsables, concepteurs de programmes habitués à la recherche médicale et à la planification.

Animateurs

Spécialistes de la formation, de la politique de santé, de la lutte antitabac et de la recherche sur les questions de genre.

Contenu

- Données épidémiologiques récentes concernant les effets et schémas sanitaires.
- Qu'est-ce que la lutte antitabac ?
- Résultats de la recherche sur les influences socioculturelles dans la consommation de tabac.
- Exercices d'identification de questions sexuées dans différents pays.
- Méthodes qualitatives et quantitatives de recherche sur l'usage du tabac.
- Questions de politiques portant sur le genre et la lutte antitabac.
- L'élaboration d'interventions efficaces (planification, suivi et évaluation).
- Préparation des actions et examen par les pairs.

Encadré 7. Planification d'interventions communautaires antitabac[4]

Objectifs

- Se familiariser avec :
  - les stratégies de lutte antitabac en différents lieux
  - le sevrage tabagique : méthodes, processus, effets et évaluation des résultats
  - les stratégies d'implication des communautés dans le contexte chinois
- Préparer une proposition d'intervention communautaire.

Public cible

- Chercheurs, concepteurs de politiques et programmes en éducation sanitaire.
- Membres d'organisations communautaires.

Animateurs

Spécialistes de la planification et de l'évaluation de programmes antitabac au niveau communautaire.

Contenu

- Expliquer la lutte antitabac.
- Rôle des facteurs sociaux dans l'usage du tabac.
- Comment modifier les comportements.
- Planification d'une intervention communautaire.
- Conduite d'une analyse de situation.
- Définition des objectifs et stratégies.
- Un modèle concret de sevrage tabagique.
- Activités possibles dans le contexte chinois.
- Suivi et évaluation de la lutte antitabac.

3 Séminaire de 9 jours tenu à l'université de Melbourne en décembre 2000, pour 13 participants du Sud-Est asiatique.

4 Séminaires parrainés par l'OMS à Beijing et Chengdu (Chine), tenus en octobre 2002. Certaines des interventions élaborées au cours de ce séminaire ont été financées et exécutées en 2003.

Proposition de cadre pour l'éducation et la formation dans différentes situations

Les deux sous-sections qui suivent suggèrent quels pourraient être les besoins essentiels de formation et d'éducation dans les situation suivantes :

- pays où l'usage du tabac est très répandu, ou s'étend rapidement, et qui envisagent d'introduire des réglementations en réponse à la Convention-cadre OMS pour la lutte antitabac;
- pays à prévalence autrefois élevée, qui sont parvenus à la réduire par des mesures et interventions antitabac, mais où certains groupes continuent à faire usage du tabac.

Les pays pourront se situer entre ces deux extrêmes. Il appartiendra au PNAT de déterminer à quel stade se trouve le pays et comment affronter la situation présente. Les modèles résumés ci-dessous ne sont que des suggestions, qui ne sont ni exhaustives ni prescriptives.

Plan proposé pour un pays à forte prévalence et faibles mesures antitabac

- Séminaire national de sensibilisation (voir Encadré 4, p. 112).
- Séminaire national destiné à renforcer les capacités de recherche afin d'entreprendre des enquêtes nationales de prévalence et des évaluations rapides ou une recherche sociale sur :
  - les facteurs qui influencent la consommation de tabac;
  - les obstacles à la lutte antitabac (Encadré 6, p. 116 à modifier).
- Séminaire national de formation de formateurs au sevrage tabagique, destiné aux professionnels de la santé (voir Encadré 5, p. 113).
- Séminaires provinciaux et de district sur le sevrage tabagique, destinés aux professionnels de la santé (voir Encadré 5, p. 113).
- Séminaires provinciaux sur la création de consultations antitabac et de lignes d'assistance téléphonique.
- Séminaires nationaux de planification de campagnes dans les médias et de campagnes d'éducation et de sensibilisation au niveau communautaire.
- Séminaires nationaux de création de capacités en matière d'analyse coûts-avantages, de modélisation économique des prix et de la taxation, de réduction de la contrebande (le cas échéant), et de rédaction des législations.
- Séminaires nationaux destinés à établir des partenariats pour parvenir à un changement de législation.
- Séminaires provinciaux sur la planification, le suivi et l'évaluation des interventions communautaires (Encadré 7, p. 114).

Plan proposé pour un pays à prévalence moyenne à faible et diverses mesures antitabac

- Séminaire national de sensibilisation concernant les faiblesses de la législation et autres obstacles à la réduction du tabagisme (voir Encadré 4, p. 112).
- Séminaire national destiné à renforcer les capacités de recherche afin d'entreprendre des enquêtes nationales de prévalence et des évaluations rapides ou une recherche sociale sur :
  - les facteurs qui influencent la consommation de tabac;
  - les obstacles à la lutte antitabac (Encadré 6, p. 114 à modifier).
- Séminaires provinciaux et de district sur le sevrage tabagique, destinés aux professionnels de la santé travaillant avec les populations cibles (voir Encadré 5, p. 113).
- Séminaires nationaux et provinciaux de diffusion et de planification, destinés à débattre des obstacles identifiés après le deuxième séminaire national, et à élaborer les stratégies appropriées.
- Séminaires provinciaux sur la planification, le suivi et l'évaluation des interventions communautaires (Encadré 7, p. 114).

Références

1. *L'éducation pour la santé, Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1990 [épuisé].

2. Abbatt, FR. *Enseigner pour mieux apprendre : guide à l'intention des enseignants du personnel de soins de santé primaires*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 [épuisé]

3. *Helping smokers change: a resource pack for training health professionals*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2001.

ANNEXE 1

Atelier sur le renforcement des capacités nationales antitabac (Brésil, avril 2003)

PROGRAMME		
	Matin	**Après-midi**
Jour 1	**Cérémonie d'ouverture** En présence du Ministre de la santé, du Directeur de l'Institut national du cancer et de l'OMS **Exposé** Aspects mondiaux et nationaux de la lutte antitabac **Exercice** Maîtriser l'épidémie : identification de messages essentiels propres à chaque pays **Exposé** Comment influencer les décideurs en matière de lutte antitabac	**Exercice** Compléter des questionnaires d'enquêtes nationales; discussion sur les données recueillies et leur importance **Exposé** L'expérience de la lutte antitabac au Brésil : situation actuelle du pays et moyens pour y parvenir **Exposé** Histoire de la lutte antitabac au Brésil **Exposé** Exemples dans un État du Brésil
Jour 2	**Sujet** La création d'un climat favorable à la lutte antitabac : utilisation des instruments de communication **Exposés** • Canaux de communication et aspects généraux • Mobilisation des populations • Évaluation des actions de communication • Médias et interviews	**Exercice** Interviews fictives sur les questions de lutte antitabac **Exposés** • Société civile et lutte antitabac • La mobilisation sociale en faveur de la lutte antitabac **Projection vidéo** Interviews fictives des participants **Exposés** • Les programmes nationaux antitabac : questions de structures, mécanismes de coordination, autonomie durable • Expériences dans une municipalité et 3 États
Jour 3	**Exposés** • Le programme du séminaire en tant que modèle pour d'autres séminaires nationaux • Épidémiologie et lutte antitabac • Autres activités éducatives • La lutte contre le tabac et autres facteurs de risque : établissements de santé et lieux de travail • L'arrêt du tabac chez les professionnels de la santé	**Exposés** • La législation brésilienne • Partenariats avec d'autres secteurs du ministère • Mesures économiques • Présentation d'une municipalité • L'élaboration d'un système d'évaluation pour la lutte antitabac • L'évaluation de la lutte antitabac
Jour 4	**Exposé** La planification **Exercice** Comment préparer des propositions de financement de la lutte antitabac, en fonction des principaux problèmes à affronter dans le pays	**Exposé** Comment explorer les documents de l'industrie du tabac **Clôture** Les participants reçoivent sur CD-ROM les détails et les exposés du séminaire

Séminaire parrainé par l'OMS sur la planification des interventions communautaires antitabac (Chine, octobre 2002)

PROGRAMME		
	Matin	**Après-midi**
Jour 1	**Cérémonie d'ouverture** Structure du séminaire; présentations **1a. Qu'est-ce que la lutte antitabac ?** • Les risques du tabagisme pour la santé • La lutte antitabac • Sevrage et prévention • Les bénéfices du sevrage • S'arrêter avec et sans assistance • Que faire d'efficace en Chine ? **1b. Qu'est-ce qu'une "communauté" ? une "intervention" ?**	**1c. Qui consomme du tabac et pourquoi ?** Le rôle des facteurs sociaux **1d. Le changement de comportement** • Comment le changement se produit-il et quels en sont les étapes classiques ? • Surmonter les difficultés **1e. Travail en groupe** Exercice par binômes : comprendre les étapes du changement et les mécanismes de décision
Jour 2	**2a. La planification d'une intervention** Le "modèle logique" : • ÉTAPE 1 : Les étapes de la planification ? • La conduite d'une analyse de situation **2b. Travail en groupe** • Réfléchir à l'analyse de situation • De quelles informations a-t-on besoin au départ ?	**2c. Les interventions : choix et décisions** • Hausses de prix • Campagnes médias • Restrictions sur les lieux de travail • Restrictions au domicile • Le conseil en comportement • La pharmacothérapie • Les personnels soignants **2d. Travail en groupe** Point de décision : • Définir le groupe cible • Quel type d'intervention choisir et pourquoi ?
Jour 3	**3a. La planification d'une intervention communautaire antitabac** ÉTAPE 2 : Définition des objectifs et stratégies **3b. Travail en groupe :** • Quels sont les objectifs "raisonnables" ? • Quelles sont les activités précises les plus efficaces pour atteindre ces objectifs ?	**3c1. Un modèle concret de sevrage tabagique** **3c2. Mise en œuvre du programme** Avantages et inconvénients de différentes activités dans le contexte chinois **3d3. Travail en groupe** Point de décision : Définir des stratégies et activités clairement reliées aux objectifs
Jour 4	**4a. Introduction à l'évaluation des programmes de santé pour la lutte antitabac** • Mise en place d'indicateurs et instruments de mesure • Suivi; évaluation du processus et des effets • Calendrier de l'évaluation **4b. Journée de travail en groupe** Point de décision : Esquisser les grandes lignes : objectifs, stratégies, activités Si possible, y inclure les indicateurs de suivi-évaluation	**4c. Discussion plénière des interventions proposées** **4d. Qu'advient-il si la proposition est retenue ?** Projet d'un séminaire ultérieur pour présenter les réactions, le suivi, l'évaluation et la diffusion **4e. Évaluation du séminaire** Cérémonie de clôture

8

Communiquer et sensibiliser pour atteindre la masse critique

L'art de la communication est le langage des chefs.

—James Humes

INTRODUCTION

Le tabac fait l'objet d'un marketing intense. En appliquant avec talent les quatre principes du marketing commercial (produit, prix, distribution, communication, voir Encadré 1), l'industrie du tabac a su imposer l'acceptabilité sociale du tabagisme ainsi que la disponibilité et la bonne réputation des produits du tabac, tout en dégageant d'énormes profits pour ses actionnaires. La stabilité de la consommation de produits du tabac, en dépit de leur nocivité établie, atteste du succès des stratégies marketing même lorsque le produit est connu pour provoquer la maladie et la mort.

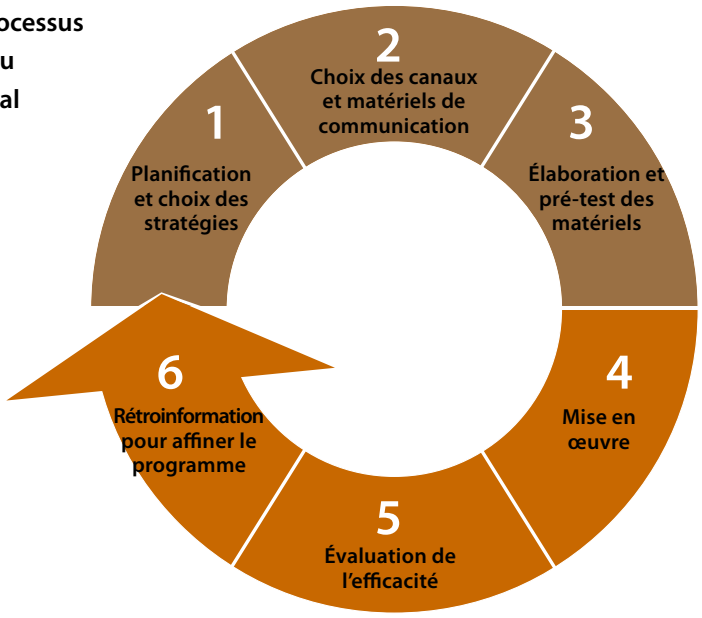
Si le marketing contribue grandement à la persistance du tabagisme, il va de soi que les mêmes principes peuvent s'appliquer pour aboutir à l'effet inverse. Kotler et Andreasen *(1, 2)* ont été parmi les premiers à découvrir que les techniques du marketing commercial pouvaient être adaptées à des programmes conçus pour influencer le comportement d'un public cible afin d'améliorer son bien-être. C'est ce qu'ils ont appelé le *marketing social*. Dans le cas de la lutte antitabac, on désigne parfois le marketing social par le terme de *contre-marketing du tabac*, puisqu'il vise à réduire la consommation du tabac et s'oppose donc à l'action menée par les cigarettiers pour promouvoir son usage *(3)* (voir Encadré 2).

Encadré 1. Le marketing social au service de la lutte antitabac

- Le **produit** est le programme antitabac et les interventions qu'il entend mener.
- Le **prix** correspond aux coûts matériels et immatériels qu'entraînent l'engagement dans l'action ou la participation au programme; il se compose d'argent, de temps, de coûts d'opportunité, et même des coûts affectifs de la participation.
- La **distribution** recouvre l'organisation, les lieux et les mécanismes qui permettent aux interventions antitabac de toucher le consommateur.
- La **communication** regroupe toutes les stratégies visant à promouvoir la lutte antitabac et à informer le consommateur quant à sa nature et à ses avantages.
- Un cinquième principe vient parfois s'ajouter à ce cadre : la **personne**, qui désigne les principaux acteurs susceptibles d'assurer le succès du programme, ou au contraire de l'enrayer.

Pour que le soutien public à la lutte antitabac atteigne sa masse critique, les concepteurs du Programme national antitabac (PNAT) devront mettre au point un "mix marketing" stratégique combinant ces principes. Le succès du marketing social antitabac implique de mettre en œuvre systématiquement un processus qui décompose le mix marketing en six étapes bien définies, où la recherche à base de décision assure une rétroinformation à chaque stade. Ce processus dynamique permet de réajuster le programme en fonction d'un flux continu d'informations en retour (voir Figure 1).

Figure 1. Le processus en six étapes du marketing social



Encadré 2. Caractéristiques d'un contre-marketing efficace

Dans une étude des données portant sur le contre-marketing, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique ont conclu que, pour être efficaces, les actions de contre-marketing doivent :

- adopter une approche globale touchant les médias, les écoles et les activités à base communautaire;
- être suffisantes en étendue, en fréquence et en durée; ce qui implique toujours des espaces publicitaires payants dans les médias;
- combiner des messages de prévention, de sevrage, et de protection contre la fumée secondaire;
- cibler tant les jeunes que les adultes; et porter à la fois sur les comportements individuels et les politiques publiques;
- comporter des actions de promotion à la base, des interventions dans les médias locaux, des parrainages de manifestations et autres supports liés aux communautés, venant soutenir et renforcer la campagne nationale;
- accroître le nombre, la diversité et la créativité des messages et styles de production plutôt que de communiquer à répétition quelques messages immuables;
- éviter d'employer un ton autoritaire, d'émettre des injonctions directes de ne pas fumer, et d'afficher un seul thème, un seul slogan, une seule bannière ou un seul parrain.

Source : Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs – Août 1999 *(4)*

Le marketing social antitabac implique une communication stratégique. Si les stratégies de communication sont essentielles, ce n'est pas seulement parce qu'elles procurent à la population une information exacte, mais aussi parce que, bien conçues, les campagnes de communication peuvent amener à des changements de comportements indispensables pour réduire la prévalence du tabagisme. Dans plusieurs pays comme l'Australie, le Canada ou la Thaïlande, l'expérience montre que des campagnes efficaces de marketing social et de communication permettent de limiter l'usage du tabac. Ce chapitre expose certaines des principales stratégies et approches de la conception de campagnes de marketing social et de communication antitabac. Deux publications du National Cancer Institute, *Making Health Communications Programs Work (4)* et le récent *Designing and Implementing an Effective Tobacco Counter-Marketing Campaign (3)*, traitent cette question de façon détaillée.

PREMIÈRE ÉTAPE : PLANIFICATION ET STRATÉGIES

La planification et la stratégie sont les fondements de toute campagne efficace de marketing social et de communication. Les points suivants sont inhérents à la phase préparatoire.

Comprendre le problème

Toute tentative visant à modifier les connaissances, attitudes ou comportements impose d'analyser systématiquement et de comprendre le problème à traiter. Pour ce qui concerne les campagnes antitabac, il s'agira de parfaitement connaître la manière dont l'épidémie de tabagisme affecte une population cible particulière dans le pays. On examinera les données sanitaires et démographiques existantes, les résultats des enquêtes, les conclusions des études et toute autre information disponible. Dans tous les cas, on recherchera des données locales, qui seront les plus précieuses dans la préparation des messages spécifiques à communiquer. En cas de besoin, on s'adressera à des experts que l'on pourra trouver dans des institutions de recherche, des ONG antitabac, ou au sein de la communauté. La recherche devra comporter des informations sur l'industrie locale du tabac, qui se livre à une promotion active des comportements qu'il convient de modifier.

On établira clairement en quoi le problème se relie au plan d'action antitabac global, et on le décrira en termes spécifiques, en décrivant précisément :

- la nature du problème;
- quelles personnes il touche, et en quoi il affecte la population cible;
- la gravité du problème, et les indicateurs à employer pour en juger;
- les éléments et personnes qui peuvent favoriser la résolution du problème; et
- les éléments et personnes qui peuvent l'aggraver (par exemple, l'industrie du tabac).

Connaître la population cible

On cherchera et on étudiera les facteurs géographiques, démographiques, économiques et sociaux qui conditionnent le comportement de la population cible. Parmi eux, on pourra noter des différences selon les connaissances, attitudes et pratiques, l'âge, le sexe, l'alphabétisation, l'ethnie, le niveau d'éducation, le revenu, la personnalité et le style de vie, et les valeurs. On prendra également en compte les variables individuelles et communautaires propres au lieu, qui déterminent les structures du tabagisme. Par exemple, dans certaines communautés des îles du Pacifique où la chique est la forme prédominante du tabagisme, elle constitue tout autant une activité sociale qu'un comportement individuel. Dans certains pays d'Afrique du Nord et de la Méditerranée orientale, l'utilisation du narghilé ou *chicha* est très répandu, tandis que dans certaines parties d'Asie du Sud-Est on se sert couramment de pipes en terre comme le shilom, la *suipa* ou le *hookli*.

Le degré d'exposition aux médias de masse est lui aussi déterminant, puisqu'il dictera le choix des canaux de communication. Dans de nombreux pays en développement, ni l'Internet ni même la télévision ne sont accessibles dans les communautés rurales, alors que la radio est extrêmement présente et écoutée.

Si la population cible est étendue et hétérogène, on y distinguera différents segments cibles répondant à différents types de messages et de canaux. On établira un profil de personnalité pour chacun de ces segments; c'est en comprenant son public que l'on pourra adapter sur mesure le mix marketing qui lui conviendra le mieux.

Conseil :

Rédiger un profil du public cible.

.

Repérer les autres facteurs pouvant influencer la campagne

Recenser dans le PNAT et le milieu sociopolitique les ressources, points forts et points faibles de nature à affecter la capacité de résoudre le problème posé. Tenir compte des programmes, politiques et législations qui pourraient avoir un effet sur la campagne projetée. Savoir quels sont les principaux acteurs et intérêts au niveau local. Envisager les conséquences de la campagne vis-à-vis de ces intérêts, et se préparer à d'éventuelles réactions. Prévoir notamment des réactions hostiles de la part de l'industrie du tabac et des organisations apparentées. Se tenir au courant des actions menées par les cigarettiers pour promouvoir l'usage du tabac, et connaître les effets potentiels du lancement d'une campagne antitabac alors que des campagnes contraires sont en cours.

Conseil :

Faire une liste de tous ces facteurs, positifs d'un côté et négatifs de l'autre.

Concevoir un cadre pour influencer le comportement de la population cible

Le choix des objectifs, stratégies et messages de la campagne de marketing social pourra obéir à un cadre théorique décrivant pourquoi, comment et dans quel ordre les individus modifient leurs connaissances, attitudes, intentions et comportements en matière de santé. Il en existe plusieurs modèles; en pratique, de nombreux programmes combinent ces diverses théories. Le tableau suivant résume les principaux modèles théoriques du changement comportemental.

Déterminer les objectifs

Il est indispensable d'énoncer clairement des objectifs pour concevoir des stratégies et messages appropriés. Parmi les résultats que permet d'obtenir le marketing antitabac, on peut mentionner :

- Sensibiliser au problème et/ou au programme antitabac;
- Améliorer les connaissances sur des questions précises;
- Influencer les attitudes ou valeurs individuelles, et contribuer ainsi au changement de comportement;
- Déplacer le sens des normes communautaires;
- Pousser les gens à agir (par exemple en appelant une ligne d'assistance téléphonique);
- Gagner un large soutien public à la lutte antitabac *(5)*

Établir des objectifs **SMART:**

- **S**pécifiques
- **M**esurables
- **A**ppropriés
- **R**éalistes
- **T**emporisés

Fixer pour la population cible des objectifs réalistes, et quantifier les changements désirés dans un laps de temps donné en termes de connaissances, d'attitudes, de comportement ou de sensibilisation. Si des sous-groupes ou segments ont été isolés au sein de la population cible générale, fixer des objectifs propres à chaque sous-groupe.

Tableau 1. Les principaux modèles théoriques du changement comportemental

	Théorie	Objet	Concepts clés
Niveau individuel	Modèle des stades de changement	Motivation des individus au changement ou à la tentative de changement pour un mode de vie plus favorable à la santé	• Précontemplation • Contemplation • Décision/détermination • Action • Maintien
	Modèles des croyances relatives à la santé	Perception par la personne du risque pour la santé, et des comportements recommandés pour prévenir ou gérer le problème source du risque	• Perception de la vulnérabilité • Perception des conséquences • Perception des bénéfices de la modification • Perception des obstacles à la modification • Occasions d'agir • Croyance en l'efficacité
	Modèle du traitement de l'information per le consommateur	Processus par lequel le consommateur acquiert et utilise des informations pour prendre des décisions	• Recherche de l'information • Traitement de l'information • Règles de décision/heuristique • Consommation et conséquences tirées • Contexte de l'information
Niveau interpersonnel	Théorie de l'apprentissage social	Le comportement trouve une triple explication, dynamique et réciproque, dans l'interaction permanente entre facteurs personnels, influence du milieu et comportement	• Capacité comportementale • Déterminisme réciproque • Attentes • Croyance en l'efficacité • Apprentissage par l'observation • Renforcement • Affirmation
Niveau communautaire	Théories de l'organisation communautaire	Accent sur la participation communautaire active et le développement de communautés qui sauront mieux évaluer et résoudre les problèmes sanitaires et sociaux	• Compétence communautaire • Participation et pertinence • Choix du sujet • Conscience critique
	Théorie du changement organisationnel	Processus et stratégies aboutissant à l'adoption durable, par les organisations officielles, de politiques et programmes favorables à la santé	• Définition du problème (stade de la conscience) • Début de l'action (stade de l'adoption) • Mise en œuvre du changement • Institutionnalisation du changement
	Théorie de la diffusion des innovations	Modes de diffusion des idées, produits et pratiques sociales au sein d'une société ou entre différentes sociétés	• Avantage relatif • Compatibilité • Complexité • Essayabilité • Observabilité

Source : NCI, 1995 *(6)*.

Choisir les approches qui permettront d'atteindre les objectifs

Le contre-marketing du tabac peut recourir à diverses approches *(3)* :

- *La publicité* : stratégie de communication dans laquelle des messages sont adressés directement et de façon répétée à un public de masse. La publicité permet de maîtriser la tonalité du message, son contenu, son placement et son degré d'exposition.
- *Les relations publiques* : elles font appel à une couverture médiatique "méritée" pour toucher les publics cibles, en entretenant des liens avec des relais dans les médias.
- *La sensibilisation par les médias* : elle utilise stratégiquement les médias et la sensibilisation communautaire pour provoquer des changements de normes et politiques sociales.
- *Le marketing à la base* : il fait participer activement les membres de la communauté aux actions de contre-marketing.
- *L'éducation aux médias* : elle crée des compétences qui permettent au public de considérer d'un œil critique le rôle des médias de masse dans la propagation du tabagisme.

Chacune de ces approches présente par nature des points forts et des points faibles. Le choix de l'approche ou de la combinaison d'approches à adopter dépendra des objectifs de la campagne marketing. Il est généralement plus productif d'employer des approches en combinaison plutôt qu'isolément; le choix se fera en fonction de la stratégie globale et des ressources du PNAT.

Définir la stratégie du programme

Tout programme de marketing social et de communication doit posséder un cadre stratégique, qui traduit l'analyse de la phase préparatoire en une ligne d'action sans ambiguïté, indiquant clairement comment atteindre les objectifs du projet.

Il conviendra de rédiger une déclaration stratégique concise établissant les objectifs, le profil du public cible, le changement de comportement souhaité, les obstacles possibles, ainsi que les activités et interventions spécifiques à mener pour obtenir ce changement. On précisera comment on compte démontrer au public que les services ou pratiques en question lui apporteront un avantage indiscutable, ainsi que les moyens nécessaires pour l'en convaincre.

Établir un plan d'exécution

Pour établir un plan d'exécution du programme, on définira toutes les tâches du programme, en s'assurant que chacune d'entre elles contribue aux objectifs de la déclaration stratégique. Désigner clairement la ou les personne(s) chargée(s) de chaque tâche. Préparer un budget pour chaque phase du projet, et prévoir un calendrier ou plan de travail comportant des indicateurs datés pour suivre l'avancement du projet.

Élaborer le dispositif d'évaluation

Mettre au point un dispositif d'évaluation avant de lancer le projet. Prévoir de mesurer les changements attendus dans le public cible à l'aide de sources de données multiples. Rassembler des données de départ, et s'assurer que le dispositif d'évaluation soit clairement posé avant d'entamer les interventions.

DEUXIÈME ÉTAPE : CHOIX DES CANAUX ET MATÉRIELS

Canaux

Les canaux sont les voies permettant de communiquer les messages, matériels et activités au public cible. Le Tableau 2 ci-dessous résume les différents canaux ainsi que leurs avantages et inconvénients (voir également les Tableaux 3 et 4).

Tableau 2. **Canaux et actions de communication : avantages et inconvénients**

Types de canaux	Actions	Avantages	Inconvénients
Canaux interpersonnels	• Conseil téléphonique • Conseil ambulatoire • Instruction • Information • Discussion	• Crédibilité possible • Permettent le dialogue • Peuvent être de motivation, d'influence ou de soutien • Très efficaces pour enseigner et aider/soigner	• Peuvent être coûteux • Peuvent exiger du temps • Le public visé peut être limité • Difficulté possible d'utiliser les canaux interpersonnels; les sources doivent être elles-mêmes convaincues et informées du message
Canaux organisationnels et communautaires	• Réunions publiques et autres manifestations • Réunions et conférences d'organisations • Campagnes sur les lieux de travail	• Peuvent être connus, écoutés et influents • Peuvent engendrer davantage de motivation et de soutien que les seuls médias • Parfois peu coûteux • Peuvent aider au partage des expériences • Permettent de toucher un public plus étendu en un même lieu	• La mise en place peut être coûteuse et demander du temps • Risque d'insuffisance de personnalisation • Les contraintes de l'organisation peuvent nécessiter une approbation du message • Perte de maîtrise du message possible en cas d'adaptation aux besoins de l'organisation
Canaux des médias de masse			
Journaux	• Annonces • Publicité rédactionnelle sur des sujets de santé (payante) • Informations • Sujets • Courrier des lecteurs • Libres opinions • Articles questions-réponses dans des magazines ou journaux	• Peuvent toucher rapidement de vastes publics cibles • Peuvent transmettre des informations/découvertes plus complètes que la radio/TV • Possibilité pour le public de découper, relire, étudier et transmettre les articles • Les supports à faible diffusion peuvent accepter d'imprimer des communiqués d'intérêt public	• Pour être couvert, le sujet devra être médiatique • Les journaux à forte diffusion risquent de n'accepter que des publicités et encarts payants • Exposition généralement limitée à une journée • Placer des articles exige des contacts et peut prendre du temps

Continue sur la page suivante...

Suite de la page précédente

Types de canaux	Actions	Avantages	Inconvénients
Radio	• Annonces payantes ou communiqués d'intérêt public • Informations • Politique générale/Débats • Émissions dramatiques (loisirs éducatifs)	• Variété des formats disponibles pour toucher des publics cibles aux préférences d'écoute connues • Possibilité d'implication directe du public (dans les émissions faisant intervenir les auditeurs) • Peuvent diffuser des communiqués publicitaires, qui sont souples et peu coûteux • Les annonces payantes ou émissions spécifiques peuvent toucher le public cible au moment où il est le plus réceptif. Les annonces payantes peuvent être assez peu coûteuses • Coûts de production des annonces peu élevés par rapport à la TV • Les annonces se prêtent à la maîtrise du message et de son expression	• Touche des publics cibles plus restreints que la TV • Les communiqués d'intérêt public sont diffusés peu fréquemment et à des heures de faible écoute • Nombre de stations ne proposent que des formats limités qui peuvent ne pas convenir à des messages de santé • Il est difficile au public cible de conserver ou de transmettre les matériels
Télévision	• Publicités payantes ou communiqués d'intérêt public • Informations • Politique générale/Débats • Émissions dramatiques (loisirs éducatifs)	• Touche potentiellement les publics cibles les plus vastes et diversifiés • La combinaison de l'image et du son provoque l'émotion et montre les comportements • Permet de toucher les publics cibles à faibles revenus • Les annonces payantes ou émissions spécifiques peuvent toucher le public cible au moment où il est le plus réceptif. • Les publicités se prêtent à la maîtrise du message et de son expression • Possibilité d'implication directe du public (dans les émissions faisant intervenir les téléspectateurs)	• Coût élevé de production des publicités • Publicité payante coûteuse • Les communiqués d'intérêt public sont diffusés peu fréquemment et à des heures de faible audience • Le message risque d'être brouillé par son environnement commercial • Certaines chaînes ne touchent que de très faibles publics cibles • La promotion risque de provoquer une énorme demande • Il est difficile au public cible de conserver ou de transmettre les matériels
Internet	• Sites Web • Listes de distribution • Sites de bavardage • Forums de discussion • Publicités payantes ou communiqués d'intérêt public	• Permet de toucher rapidement un grand nombre de personnes • Capacité de mettre à jour et de diffuser instantanément des informations • Permet de maîtriser l'information fournie • Permet d'adapter précisément l'information au public cible • Interactivité possible • Possibilité de diffuser des informations sur la santé sous une forme graphiquement attrayante • Possibilité de combiner les avantages visuels et sonores de la radio/TV avec le rythme de lecture des médias écrits • Possibilité de bannières redirigeant le visiteur vers le site du programme	• Souvent coûteux • De nombreux publics cibles n'ont pas accès à l'Internet • Public cible nécessairement actif (recherche ou abonnement à un site) • Surveillance souvent nécessaire sur les forums et bavardoirs • Besoin possible de maintenance dans le temps

Source : Adaptation de DHHS, 2003 *(3)*

Tableau 3. Avantages et inconvénients de différents formats pour les groupes de discussion et entretiens individuels

Actions	Avantages	Inconvénients
Face-à-face Le modérateur/ interviewer et les participants se trouvent dans une pièce, habituellement autour d'une table; les observateurs (membres de l'équipe de recherche) se trouvent derrière un miroir sans tain	• Possibilité d'évaluer le langage corporel. • En cas d'enregistrement vidéo, possibilité de partager avec des tiers. • Entière attention des participants.	• Les répondants perdent une part de leur anonymat. • Coûts de déplacement élevés (multiplicité des localités) • Exclut généralement les habitants des zones rurales et des petites bourgades
Téléphone Le modérateur/ interviewer et les participants sont en téléconférence; les observateurs sont à l'écoute	• Plus pratique pour les participants et observateurs. • Facilité d'inclusion des habitants des zones rurales et petites bourgades, et des personnes peu mobiles. • Dans les groupes professionnels, participation plus facile puisque moindre risque que les parrticipants se reconnaissent. • Le relatif anonymat peut se traduire par une plus grande franchise sur les sujets sensibles.	• Impossibilité de prendre en compte les réactions non verbales. • Difficulté d'obtenir des réactions aux stimuli visuels (même si on peut les expédier à l'avance) • Les participants peuvent être perturbés par leur environnement. • Nécessité d'une technologie intégrant la téléconférence.
Radio Le modérateur/ interviewer et les participants sont en téléconférence et le dialogue est diffusé à la radio; les observateurs sont à l'écoute de la radio	• La radio est très présente dans les pays en développement. • Facilité d'inclusion des habitants des zones rurales et petites bourgades, et des personnes peu mobiles. • Dans les groupes professionnels, participation plus facile puisque moindre risque que les participants se reconnaissent. • Le relatif anonymat peut se traduire par une plus grande franchise sur les sujets sensibles.	• Impossibilité de prendre en compte les réactions non verbales.
Sites de bavardage Internet Le modérateur et les participants "bavardent"; les observateurs suivent	• Enregistrement complet de la séance immédiatement disponible. • Le relatif anonymat peut se traduire par une plus grande franchise sur les sujets sensibles.	• Nécessité d'un accès à des ordinateurs, à l'Internet et aux sites de "bavardage". • N'est utile qu'à des participants à l'aise dans ce mode de communication. • Rythme relativement lent, qui limite les sujets pouvant être couverts. • Aucun moyen de vérifier si les participants satisfont aux critères de recrutement. • Impossibilité de prendre en compte le langage corporel ou le ton de la voix. • Difficulté d'obtenir des réactions aux stimuli visuels

Source : Adapté de DHHS, 2003 *(3)*

Tableau 4. Supports graphiques et audiovisuels

Points forts	Points faibles
• Rappels au moment voulu • Attirent l'attention du public cible dans les lieux d'exposition • Fournissent des informations de base sur le produit et ses avantages • Montrent les stades du comportement • Fournissent des informations complexes • Sont pratiques et réutilisables • Aident à la communication interpersonnelle • Fournissent une information précise et normalisée • Peuvent être produits localement • Rétroinformation immédiate • Assurent une écoute et une crédibilité à la personne qui communique le message	• Parfois peu productifs • Souvent employés hors du contexte culturel et éducatif • Nécessité d'une formation à l'utilisation et à la présentation

Source : Adapté de DHHS, 2003 *(3)*

Pour décider des canaux à employer :

- Déterminer quels sont les canaux les mieux adaptés au sujet et au message.
- Établir ceux qui touchent le public cible avec le maximum d'efficacité. Adapter le choix du canal au profil du public cible.
- Choisir les canaux qui correspondent le mieux aux objectifs.
- Évaluer la disponibilité, la diffusion et les coûts des différents canaux, en fonction des délais et budgets impartis et de la technologie existante.
- Pour un effet maximal, associer différents canaux. En ce cas, définir quel sera le canal principal, et lesquels viendront en soutien.
- Prendre en compte le rapport coût/résultats du canal.

Matériels

Les matériels sont les outils de communication qui véhiculent le message au public cible. Ils peuvent se présenter sous différentes formes : matériels imprimés, tels que brochures et affiches, cassettes vidéo, communiqués de presse et matériels à destination du Web.

Pour choisir les matériels :

- Déterminer s'il existe des matériels utilisables ou adaptables. Si l'on envisage d'employer des matériels existants, prendre contact avec le producteur initial afin de vérifier :
  - comment les messages ont été élaborés;
  - si les matériels ont été testés;
  - comment ils ont été employés, et par qui; et
  - s'ils se sont montrés efficaces.

On demandera l'autorisation d'utiliser ces matériels; ce point sera plus important encore si l'on emploie des matériels soumis à droits d'auteur ou à copyright.

- Au cas où le besoin de nouveaux matériels se ferait sentir, la production sera guidée par :
  - la complexité, la tonalité, le style et l'objectif du message;
  - les préférences de communication du public cible;
  - la nature des canaux par lesquels les matériels seront diffusés; et
  - les coûts, et les ressources disponibles.

Encadré 3. Le 31 mai : Journée mondiale sans tabac

1988 : Le tabac ou la santé: choisissez la santé

1989 : La femme qui fume court un risque accru

1990 : Une enfance et une jeunesse sans tabac

1991 : Lieux publics et transports en commun sans tabac

1992 : Lieux de travail sans tabac

1993 : Services de santé et personnel de la santé contre le tabac

1994 : Les médias contre le tabac

1995 : Le tabac, c'est plus cher qu'on croit

1996 : Sport et arts sans tabac: Jouez gagnant ... sans tabac!

1997 : Tous unis pour un monde sans tabac

1998 : Grandir sans tabac

1999 : C'est décidé, j'arrête!

2000 : Le tabac tue. Ne soyez pas dupe

2001 : La fumée secondaire tue. Purifions l'air.

2002 : Le sport sans tabac

2003 : Cinéma sans tabac, mode sans tabac, Action!

2004 : Le tabac et la pauvreté

2005 : Les professionnels de la santé contre le tabac

La Journée mondiale sans tabac (JMST) se célèbre aujourd'hui dans pratiquement tous les États Membres de l'OMS, soit 192 pays. Elle constitue une excellente occasion de faire valoir des messages antitabac spécifiques tant au niveau national qu'au niveau international. En raison de l'intérêt prêté par la communauté internationale à la JMST, celle-ci offre la possibilité de capter l'attention des plus hauts dirigeants nationaux, des principaux décideurs et des médias. Dans le passé, lors des cérémonies de la JMST, plusieurs ministres de la santé et l'OMS ont officiellement rendu hommage à l'action antitabac d'individus et d'organisations dans leurs pays respectifs, légitimant ainsi l'œuvre de ces militants antitabac. En outre, différents ministères de la santé, certaines ONG antitabac, et même la Fédération internationale de football association (FIFA) ont organisé le lancement d'initiatives antitabac spécifiques de façon à ce qu'il coïncide avec la JMST. Par exemple, la première Coupe du monde sans tabac de la FIFA a débuté simultanément au Japon et en République de Corée lors de la JMST 2002 en coïncidant avec son thème "Le sport sans tabac". En procédant ainsi, on étend la couverture médiatique d'initiatives spécifiques, tout en renforçant l'acceptabilité sociale de la réduction du tabagisme en général. Par conséquent, les responsables nationaux de la planification antitabac auraient avantage à tenir compte de la JMST dans leur stratégie de communication.

TROISIÈME ÉTAPE : ÉLABORER ET VALIDER LES MESSAGES ET MATÉRIELS

L'élaboration de messages de communication en santé publique associe les sciences et les arts. Les messages doivent être conçus dans la continuité de l'analyse et du cadre stratégique établis au cours de la phase préparatoire, mais ils doivent encore être scientifiquement exacts et susciter l'émotion pour inciter le public cible à entreprendre une action ou à modifier son comportement (voir Encadré 4).

Encadré 4. Élaborer des messages efficaces

1. Donner au message une personnalité. Le rendre attrayant, pour qu'il fasse impression.
2. Positionner le message avec prudence. Vérifier soigneusement s'il cadre avec le style de vie et les valeurs du public cible.
3. Mettre en avant un bénéfice incontestable qui corresponde à un besoin réel au sein du public cible
4. Établir un climat de confiance. Le message devra être simple, direct, empathique et crédible.
5. Parler à la fois au cœur et à l'esprit. Conférer au message un caractère aussi émotionnel qu'intellectuel.
6. Tenir le cap. S'assurer que le message concerne directement la question de santé à traiter.

Commencer par les contenus du message

En fonction des résultats de l'analyse et du cadre stratégique, élaborer les concepts du message en repérant les mots clés, thèmes ou histoires, ainsi que les images visuelles, qui reflètent la stratégie d'ensemble. Pour que les messages produisent un maximum d'effet, ils devront rester clairs et simples; on évitera la complexité. Souligner les avantages et solutions pratiques qui répondent aux besoins des gens (voir Encadré 5).

Encadré 5. Éviter les messages inefficaces

1. Les messages non spécifiques – Du fait des différences entre individus, autant que des différences d'âge, de sexe, d'éducation et de prédisposition psychologique, les personnes perçoivent et intègrent les messages des médias de façon sélective. Les messages concernant une question de santé doivent toucher ces différents sous-groupes au sein de la population cible. La "taille unique" ne s'applique pas à la communication efficace.
2. Les messages indifférents – Les messages sans émotion sont inefficaces, car la plupart des gens apprennent mieux et adhèrent plus volontiers lorsqu'on éveille leurs émotions.
3. Les messages compliqués – Des thèmes multiples, trop de détails perturbent le public, qui bien souvent n'en perçoit pas le point essentiel.
4. Les messages sans objet – Les gens ont besoin de savoir que faire d'une information. Sans incitation précise à agir, le public pourra voir, entendre et comprendre, sans pour autant modifier son comportement.
5. Les messages apeurants – La tactique de la terreur peut choquer et dissuader, mais son effet global est souvent de courte durée.
6. Messages statiques – Chaque étape du changement de comportement implique des informations différentes. Les messages invariants sont voués à l'échec, puisqu'ils n'apportent pas ce dont le public cible a besoin.

Collaborer avec des professionnels de la lutte antitabac et de la santé

Dans les projets de communication en santé publique, on collaborera étroitement avec des professionnels de la santé afin d'assurer l'exactitude de l'information technique. Un autre avantage de travailler avec ces professionnels est celui de pouvoir établir avec eux des relations de travail continues, qui favoriseront leur adhésion au projet.

Collaborer avec des professionnels de la communication

Il ne suffit pas de présenter une information techniquement exacte pour monter et réussir un projet ou une campagne de communication en santé publique. Il faudra aussi travailler en étroite collaboration avec des experts de la communication de masse et des créatifs afin de produire les messages et matériels dont la forme maximisera l'impact auprès du public. Dans de nombreux pays, on ne trouvera pas ce type de compétences au sein des ministères de la santé. Il conviendra donc de rechercher dans le secteur privé des professionnels qui comprennent les questions à promouvoir et s'y sentent impliqués. Pour les programmes en cours, on établira un réseau de contacts dans les milieux de la communication et de la création artistique, que l'on pourra solliciter rapidement selon les besoins.

Respecter les sept principes de la communication efficace

1. Attirer l'attention; être créatif
2. Parler au cœur et à la tête
3. Créer un message clair
4. Faire percevoir un avantage
5. Transmettre un message cohérent
6. Appeler à l'action
7. Instaurer la confiance

Valider le message auprès de publics pilotes

Toujours pré-tester et re-tester les contenus et matériels du message en termes de clarté et d'efficacité auprès d'échantillons représentatifs du groupe cible. Au cours de ces séances de test, on encouragera les participants à s'impliquer activement dans les débats, de façon à recueillir leurs réactions face aux messages et matériels envisagés. On accordera une attention particulière aux images et matériels non verbaux qui pourraient être mal interprétés ou transmettre une idée différente de celle souhaitée. Pour les campagnes dans les médias de masse, qui sont souvent les plus contestées, on prendra l'avis des professionnels des médias et des partenaires politiques, dont on notera les réactions tant positives que négatives.

Le cas échéant, réviser le message

Réviser tout message ou matériel difficile à comprendre ou à enregistrer, ou qui serait peu pertinent, polémique ou offensant aux yeux du public cible. Rester ouvert à des modifications imprévues. Effectuer les révisions en tenant compte des réactions des groupes test, puis re-tester les nouveaux messages et matériels jusqu'à obtenir des réactions satisfaisantes.

Produire les matériels avec efficacité et promptitude

Dans la production de matériels, rechercher la meilleure qualité possible compte tenu des ressources. Les matériels de bonne qualité seront plus aptes que les autres à retenir l'attention des utilisateurs, à conserver leur valeur, à être réemployés à maintes reprises, et à produire les effets escomptés. Il est souvent plus rentable de produire en grandes quantités que de renouveler le cycle de production; on se souciera donc de l'exactitude des prévisions. Enfin, on s'assurera de la disponibilité des matériels en temps voulu; tout retard en la matière revient à perdre une bonne occasion de faire passer le message.

QUATRIÈME ÉTAPE : EXÉCUTER EFFICACEMENT LE PROGRAMME

La phase d'exécution consiste à présenter au public cible le programme de marketing social définitif; on entame la promotion et la distribution par tous les canaux. On revoit régulièrement toutes les composantes du programme, et on les révise si nécessaire. On vérifie l'exposition du public et ses réactions, afin d'apporter des modifications le cas échéant.

Présenter le programme

Une tactique efficace pour conférer au programme une visibilité immédiate consiste à utiliser les médias de masse pour le présenter à la collectivité. Cette tactique se prépare, et peut impliquer les démarches suivantes :

- dresser une liste de tous les contacts et débouchés dans les médias;
- informer toutes les organisations potentiellement concernées, en particulier si elles donnent accès à des canaux institutionnels ou communautaires importants;
- s'assurer que le personnel du programme est en mesure de répondre à toute demande;
- disposer de matériels à distribuer en quantités suffisantes;
- inviter les médias à une conférence de presse, par exemple, pour lancer le programme.

Suivre le déroulement

Dans les faits, l'exécution pourra durer plus longtemps que prévu. Des problèmes et questions peuvent surgir qui, à défaut d'un traitement immédiat, risqueraient d'entraîner de nouveaux retards. C'est pourquoi il est indispensable de mettre en place un dispositif permettant de suivre l'avancement du programme, et d'en repérer les éventuels défauts et oublis avant qu'ils ne fassent gravement obstacle au succès. Ce dispositif devra comprendre des éléments permettant de suivre :

- le caractère complet et les échéances des tâches entreprises;
- les dépenses;
- la participation, les demandes et autres réactions;
- l'efficacité et la qualité des systèmes de réponse;
- les indicateurs intermédiaires de conscience, de connaissance et d'action du public.

Étudier les possibilités de collaboration

Dans bien des cas, il sera sans doute nécessaire de collaborer avec d'autres individus, organisations et groupes pour étendre la portée et la crédibilité du programme. Par exemple, de nombreux programmes nationaux antitabac ont joint leurs forces à celles des sociétés nationales contre le cancer et des associations de professionnels de la santé. Les

partenariats peuvent jouer un rôle crucial lorsque les partenaires détiennent le contrôle de l'accès aux publics cibles. Les partenaires éventuels peuvent améliorer la crédibilité du programme, lui apporter des ressources et compétences supplémentaires, et favoriser le co-parrainage de manifestations. En revanche, établir des partenariats demande du temps et de la souplesse, et implique de renoncer à une part de la "propriété" et de la maîtrise du programme. Avant de créer un partenariat, on en pèsera donc soigneusement les avantages et les inconvénients.

Revoir les composantes du programme et les réviser le cas échéant

Il sera nécessaire de préparer des évaluations périodiques et rapports de situation, en vue de déterminer :

- si les activités suivent leur cours normal, et ce dans les délais prévus;
- si les publics cibles sont effectivement touchés;
- si certaines stratégies se montrent plus efficaces que d'autres;
- s'il convient de modifier ou de supprimer certaines parties du programme;
- et si les résultats justifient les dépenses.

Surveiller les réactions au programme et y répondre par les révisions requises est essentiel au succès d'une campagne de marketing social. Ce suivi devra déboucher sur des améliorations spécifiques, consistant par exemple à reprogrammer des émissions à des heures de plus grande écoute, à implanter des panneaux d'affichage sur des emplacements plus visibles, à reformuler certains messages, ou à réattribuer des tâches et responsabilités en interne. Il conviendra de sensibiliser et de former le personnel afin qu'il détecte rapidement tout problème éventuel, et qu'il y remédie aussitôt par les révisions nécessaires.

CINQUIÈME ÉTAPE : ÉVALUATION DES RÉSULTATS

L'évaluation des résultats est essentielle dans toute campagne de marketing social et de communication antitabac, afin de vérifier si les objectifs ont été atteints, si les connaissances, attitudes et pratiques se sont modifiées dans le sens d'un style de vie plus favorable à la santé, et si les politiques ont été infléchies dans le sens du soutien à la lutte antitabac. Une campagne sans évaluation n'est qu'un gaspillage de temps et de ressources, puisqu'elle ne pourra pas éclairer les évolutions futures. Le processus d'évaluation, en établissant l'efficacité des différentes actions de la campagne vis-à-vis des publics cibles, permet d'appuyer les initiatives de sensibilisation, d'apporter de nouvelles améliorations au programme, et d'orienter les allocations financières.

Préparer l'évaluation à l'avance

On préparera l'évaluation des résultats dès le début de la campagne ou du projet, et non pas à la fin. Elle devra être conçue avec autant de soin que la campagne elle-même. Pour mesurer les changements accomplis, on devra comparer des données sur la situation avant et après les interventions; ce qui implique de rassembler, avant la mise en œuvre d'une quelconque intervention, des données de départ concernant chacun des paramètres que l'on entend modifier dans le public cible. Dans certains cas, on devra délimiter un groupe témoin non exposé à l'intervention. Les outils de l'évaluation seront à mettre au point; dans bien des cas, une enquête sera nécessaire, d'où l'importance d'en concevoir le questionnaire en incluant toutes les questions pertinentes. On prévoira enfin un budget pour les évaluations internes et externes, qui sera proportionné aux ressources disponibles.

Employer diverses méthodes d'évaluation

On étudiera différentes manières possibles de collecter et d'analyser les données, pour les individus, les familles, les communautés, les sites desservis ou les régions. Employer des méthodes quantitatives ou qualitatives selon les cas, avec les outils statistiques correspondants, pour établir si des changements sont intervenus qui peuvent être attribués aux actions de communication. Même avec de faibles ressources, il est toujours possible de procéder à une forme ou une autre d'évaluation; le Tableau 5 en indique quelques-unes, sur la base des ressources existantes.

Tableau 5. Options d'évaluation selon les ressources disponibles

Type d'évaluation	Ressources minimes	Ressources modestes	Ressources conséquentes
Formative	Lisibilité des matériels	Entretiens spontanés	Groupes de discussion Entretiens individuels approfondis
Déroulement	Tenue de dossiers (par exemple, vérification des calendriers d'activités)	Liste de contrôle (par exemple, vérification de la concordance avec les prévisions du programme)	Audit de gestion (par exemple audit externe de gestion des activités)
Produits	Évaluation de l'activité (par exemple nombre d'annonces de restaurants non-fumeurs publiées dans les journaux)	Suivi des progrès accomplis vers les objectifs (par exemple, proportion du public ayant connaissance des annonces)	Évaluation des changements des connaissances et attitudes dans le public cible (par exemple par pré-test et post-test)
Effets	Examen de la presse écrite (par exemple, teneur des articles d'information sur les restaurants non-fumeurs parus dans les journaux)	Enquêtes auprès du public (par exemple enquêtes téléphoniques ou comportements rapportés – fumeurs disant ne pas fumer au restaurant)	Études du changement comportemental (par exemple mesure de la cotinine présente dans l'atmosphère des restaurants, et dans l'haleine des serveurs)

Établir le rapport coût-résultats de la campagne

On calculera les coûts de la campagne, pour les comparer aux effets atteints. On déterminera ainsi quelles interventions et quels médias auront connu la meilleure rentabilité.

Diffuser les conclusions de l'évaluation

On partagera les résultats de l'évaluation avec tous les publics concernés. Conférences de presse, rapports, publications, réunions, Internet, courrier électronique et médias de masse permettent de rendre public le succès d'une campagne, tout en adaptant le format de l'annonce au public visé. Les donateurs potentiels pourront ainsi s'intéresser à un rapport, tandis que les professionnels des médias préféreront un communiqué d'une page.

MESURER LES CHANGEMENTS

Tout projet ou campagne de communication est de nature à modifier les connaissances, attitudes et pratiques. Les quelques éléments qui suivent font partie des variables à considérer en évaluant les effets de la communication.

Connaissances

- Souvenir de chacun des messages.
- Compréhension du sens voulu des messages.
- Reconnaissance des produits, méthodes, pratiques ou sources de services ou fournitures qui ont fait l'objet de la promotion (par exemple, à quel numéro joindre une assistance téléphonique et où se procurer des produits de substitution à la nicotine).

Adhésion

- Réaction favorable au message (par exemple, l'enquêté réagit favorablement à l'établissement de zones non-fumeurs après une campagne de communication sur la fumée secondaire).
- Évocation des messages ou des sujets traités au sein des réseaux interpersonnels (par exemple, une serveuse qui discute avec ses collègues du tabagisme passif au travail après une campagne de communication consacrée à ce sujet).
- Perception de l'accord de la famille et des proches sur une question donnée.
- Accord concernant une pratique (par exemple, les enquêtés se disent favorables à une interdiction de fumer dans les cafés et restaurants à la suite d'une campagne de communication sur la fumée secondaire).

Intentions

- Admission du fait qu'une pratique sanitaire donnée correspond à un besoin personnel (par exemple, après avoir vu un spot publicitaire sur l'importance du sevrage, le grand fumeur reconnaît qu'il lui faudrait arrêter).
- Intention de consulter.
- Intention d'adopter la pratique à un certain moment.

Pratiques

- Consultation d'un praticien pour se faire aider ou obtenir d'autres informations (par exemple, fréquentation accrue des cabinets médicaux en vue du sevrage).
- Choix d'une méthode ou d'une pratique, et adoption d'un comportement favorable à la santé (par exemple, le grand fumeur qui souhaite arrêter choisit un traitement de substitution nicotinique qui l'aidera à cesser de fumer).
- Maintien d'un comportement favorable à la santé (par exemple, les mères non-fumeuses le demeurent).

Sensibilisation

- Reconnaissance des avantages d'une pratique favorable à la santé (par exemple, ce même grand fumeur qui est parvenu à arrêter de fumer admet qu'il se sent plus en forme et qu'il tousse moins depuis).
- Sensibilisation des autres à cette pratique (notre ex-grand fumeur s'efforce de convaincre ses amis fumeurs d'arrêter eux aussi).
- Soutien aux programmes communautaires (il s'engage dans un groupe d'aide au sevrage).

ENFIN, PRÉVOIR LA SUITE

La communication est un processus continu. Pour parvenir à des résultats notables et permanents dans les attitudes, les comportements et les normes communautaires, il faut du temps, des efforts et de l'opiniâtreté. Il s'agit en outre d'un processus cyclique, qui s'appuie sur l'expérience et s'ajuste au changement des situations et des besoins. L'évaluation est essentielle pour repérer les points forts et les points faibles d'une campagne de communication donnée; on l'utilisera pour découvrir ce qui pousse le public au changement, puis pour accentuer les points forts et corriger les points faibles.

Pendant la campagne, on s'efforcera régulièrement d'établir si les politiques, programmes et autres conditions de départ se modifient en vertu des interventions menées. On redéfinira les objectifs et on adaptera les stratégies en fonction des nouveaux besoins et

de leur évolution. Les projets réussis seront élargis à d'autres zones géographiques et à de nouveaux publics; on s'appuiera sur les premiers succès pour développer l'acquis.

Identifier et mobiliser dès que possible les ressources assurant la durée : soit par le maintien de l'existant, soit par la recherche de sources nouvelles ou additionnelles. En dehors des subsides gouvernementaux, on pourra approcher des sources de financement dans le secteur privé, chez les donateurs bilatéraux et multilatéraux, dans les institutions philanthropiques ou dans le secteur du commerce. Cependant, on prendra garde aux tentatives des cigarettiers visant à injecter des fonds et de l'assistance dans les activités antitabac, et notamment dans les campagnes et projets de communication. Refuser toute proposition venant de cette industrie : il s'agirait d'un grave conflit d'intérêts vis-à-vis du but ultime qui consiste à réduire la consommation de tabac.

Encourager les relations entre les secteurs et organisations concernés, en vue de faciliter l'accès aux services. On pourra par exemple intégrer un conseil en matière de sevrage aux visites prénatales; la ligue nationale contre les maladies pulmonaires pourra relayer le message en faveur de lieux publics non-fumeurs. En faisant passer ces messages à de tels moments, ou par l'intermédiaire de tels groupes, on touchera les populations de manière plus efficace. En outre, ces types de relations démultiplient sensiblement les ressources mises en œuvre.

On soutiendra enfin la création d'alliances antitabac. Former et appuyer le personnel dans le domaine de la communication et de la sensibilisation, et s'efforcer d'atteindre une masse critique de professionnels de la communication compétents qui pourront poursuivre les actions dans le futur.

LES CAMPAGNES DE LUTTE ANTITABAC

Les campagnes antitabac sont parmi les plus difficiles à mener dans le secteur de la santé publique. Les gouvernements adoptent souvent une position ambiguë vis-à-vis du problème, notamment si le tabac leur procure des recettes conséquentes ou s'ils possèdent ou contrôlent l'industrie cigarettière nationale. De plus, l'industrie du tabac constitue un formidable adversaire : elle dispose de ressources, de réseaux et d'influences politiques considérables, qu'elle continue d'employer afin d'entraver toute action contre le tabac. Pour développer une stratégie de communication dans le cadre d'une campagne antitabac, il est donc essentiel d'avoir une vision claire des activités à mener, permettant d'en atteindre les objectifs.

L'objet de la campagne

On devrait retrouver dans le plan d'action national les mesures antitabac qui figurent à la CCLAT OMS. Les campagnes antitabac devraient s'attacher à mobiliser un soutien en faveur des interventions démontrées comme efficaces contre la consommation de tabac,

à prévenir l'usage du tabac chez les non-usagers, et à réduire l'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire.

Les lieux de campagne

Un grand nombre des mesures esquissées par la CCLAT OMS, qui se retrouvent en principe dans le plan d'action national, impliquent une législation nationale qui suppose elle-même une campagne à ce niveau pour gagner l'adhésion des populations. Dans les très grands pays, les échelons régionaux ou provinciaux de l'autorité gouvernementale pourront être de la plus grande importance à court terme. C'est donc à ces différents échelons qu'il sera préférable de lancer ou d'entamer une campagne. En revanche, les leaders communautaires et les ONG devront peut-être commencer par obtenir un soutien à la base, en intervenant auprès des communautés, des autorités locales et du milieu des affaires. La portée et l'étendue de la campagne dépendront de la nature des dispositions antitabac à promouvoir.

Les personnes à influencer

En général, le Programme national antitabac (PNAT) cherchera à influencer les gouvernements, les décideurs et les principaux responsables politiques. À leur tour, ces acteurs subissent l'influence de l'opinion publique, qui est elle-même déterminée par l'instruction et l'information publiques. L'instruction publique se compose de programmes visant certains groupes spécifiques, comme les écoliers ou les femmes. L'information publique emprunte principalement les canaux des médias d'information. Elle a pour but de fournir un flux constant de renseignements exacts sur le tabac, tant à destination du grand public que de groupes cibles comme les responsables politiques. Pour être efficace, l'information publique devra maintenir en permanence la question du tabagisme présente à l'esprit des publics restreints comme du grand public.

L'approche des leaders d'opinion

- En premier lieu, établir une liste de toutes les principales personnes et organisations qui auront un rôle important à jouer dans la lutte antitabac. On tiendra cette liste à jour selon les circonstances.
- Déterminer comment, quand et par quel intermédiaire il conviendra de contacter ces parties.
- Utiliser au maximum ses contacts et réseaux professionnels et personnels.
- Rechercher des occasions pour rencontrer ces personnalités et leur exposer la question.
- Utiliser des listes d'adresses, ordinaires et électroniques, pour les atteindre.
- S'il n'existe pas d'autre moyen d'entrer en rapport avec elles, demander un rendez-vous officiel et tenter de nouer des relations.

Approcher les hommes politiques

Les responsables politiques détiennent le pouvoir de décision en matière de lutte antitabac et de législations associées. Bien souvent, la meilleure approche consiste à les rencontrer personnellement pour leur exposer le problème. Ces rencontres seront sans doute assez brèves, et il conviendra donc de s'exprimer directement, avec concision et précision. On recensera ceux des acteurs susceptibles de les influencer, et on interviendra également auprès d'eux. Les politiciens étant sensibles à l'opinion et à la pression du public, on situera le problème dans une perspective généralement appréciée, ou dans le cadre d'une cause populaire. Par exemple, la nécessité d'une politique de lieux publics non-fumeurs peut être présentée comme un moyen de protéger la santé des enfants, qui sont vulnérables aux effets néfastes de la fumée de tabac. Il est d'autant plus facile de convaincre les hommes politiques de défendre une cause qu'ils y voient un soutien populaire. Les campagnes de lettres ou de courriers électroniques peuvent ainsi s'avérer efficaces lorsqu'il s'agit d'attirer leur attention sur un aspect particulier de la lutte antitabac.

Références

1. Kotler P, Roberto EL. *Social marketing: Strategies for changing public behaviour*. New York: Free Press, 1989.

2. Andreasen A. *Marketing social change: Changing behavior to promote health, social development and the environment*. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.

3. *Designing and implementing an effective tobacco counter-marketing campaign*. Atlanta, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, première éd., octobre 2003.

4. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs – August 1999*. Atlanta, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, août 1999.

5. National Cancer Institute. *Making Health Communication Programs Work*. Bethesda, Maryland: NCI, 1989.

6. *Theory at a glance: A guide for health promotion practice*. Bethesda, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1995.

9
L’action dans les médias

Celui qui contrôle les médias [...]
contrôle la culture

—Allen Ginsberg

Les médias sont évidemment des acteurs essentiels de toute campagne antitabac, et bien souvent les canaux les plus pratiques pour diffuser rapidement auprès d'une large population des informations et messages en la matière. L'opinion publique se forme par l'intermédiaire des médias, qui influencent les dirigeants politiques. La couverture répétée d'une question par les médias peut fréquemment orienter le programme des politiques gouvernementales. Il est donc primordial d'entretenir de bonnes relations de travail avec les professionnels des médias.

Plus un sujet sera traité dans les médias, plus les gens s'en soucieront, et plus le gouvernement s'y intéressera. Si l'on n'a pas d'accès direct aux responsables du pays, une façon efficace de les atteindre consiste à utiliser les médias.

—Emma Must et Debra Efroymson, PATH Canada, 2002

Certains ministères de la santé ont la chance de disposer d'un responsable de l'information publique ou des relations avec les médias. En ce cas, le personnel du programme antitabac devra collaborer étroitement avec cette personne pour planifier, élaborer, tester, exécuter et évaluer les campagnes médias. Cependant, dans les pays en développement et dans certains pays de taille modeste, c'est au personnel du programme que reviendra la liaison avec la presse. Pour travailler efficacement auprès des professionnels des médias, les règles suivantes sont à respecter (voir aussi les Encadrés 1 à 4).

Établir et tenir à jour un annuaire des médias

Créer un fichier de journalistes et autres professionnels des médias regroupant leurs coordonnées détaillées, leur domaine d'intérêt, leur zone de couverture, ainsi que leur affiliation à des journaux, magazines, revues, chaînes de télévision, stations de radio ou sites Web. Pour trouver des contacts dans les médias de la région, on utilisera l'Internet, les pages jaunes de l'annuaire téléphonique et les registres de la chambre de commerce. Si l'on utilise les services d'un cabinet de relations publiques ou d'un consultant, on lui demandera une liste médias : la plupart des cabinets de relations publiques ont accès à des bases de données de reporters et d'éditorialistes *(1)*. Dans les pays à la population diversifiée, on établira des listes distinctes des professionnels des médias qui s'adressent à différents groupes ethniques et communautaires.

Connaître leurs besoins et y répondre

Le but ultime des médias consiste à s'attacher le maximum de spectateurs, lecteurs, auditeurs et annonceurs. C'est pourquoi ils préféreront traiter des sujets porteurs pour leur public et leurs annonceurs. Les informations dites publiables seront :

- récentes;
- inhabituelles ou inattendues;
- divertissantes, ou à forte valeur émotionnelle;
- inédites ou liées à une autre nouvelle tendance;
- essentielles à la vie quotidienne;
- accompagnées de visuels vivants et esthétiques;
- appuyées par des données scientifiques.

Avant de proposer un sujet, on s'assurera qu'il satisfait à l'un au moins des critères ci-dessus. Cadrer le sujet à l'aide d'une "accroche" qui intéressera les médias. Ainsi en Chine, les professionnels de la santé publique ont invoqué l'épidémie de SRAS pour insister sur le fait que fumer affaiblit les poumons et réduit la résistance aux infections respiratoires. Aux États-Unis d'Amérique, le discours de la top model Christy Turlington sur les bénéfices du sevrage a mobilisé l'attention des médias. Lorsqu'apparaissent des informations inédites, par exemple avec la publication d'un nouveau rapport, en faire part immédiatement aux médias : le juste moment est essentiel.

Il faut savoir que la plupart des professionnels des médias travaillent selon un cycle de production journalier. Par conséquent, ils n'ont en général guère de temps pour rédiger leur article. C'est ainsi que des demandes de renseignements peuvent se présenter en dernière minute, et que les interviews se font parfois par téléphone ou courrier électronique, etc. Dans ces conditions, les agents du programme devront :

- répondre rapidement aux demandes de renseignements pour d'éventuels sujets. Tout retard risquerait d'empêcher la parution de l'article;
- se montrer souples pour respecter les contraintes du cycle de production journalier des médias, en comprenant bien que ce n'est pas le manque d'organisation du journaliste ou du professionnel des médias, mais la dynamique de son travail qui dicte des délais brefs et impose des réponses rapides *(2, 3)*.

Encadré 1. Répondre à des demandes inattendues des médias

Les journalistes demanderont parfois des renseignements aux moments les plus inattendus. Noter les points suivants :

1. **Se procurer toutes les informations essentielles,** et notamment :
   - les coordonnées complètes et détaillées du ou de la journaliste;
   - l'organe d'information qu'il ou elle représente;
   - le sujet qu'il ou elle prépare;
   - les informations qu'il ou elle attend du programme;
   - les autres personnes qu'il ou elle compte interviewer;
   - les délais pour fournir l'information demandée.
2. **Se renseigner sur l'organe d'information que représente le ou la journaliste.** Cette vérification peut s'effectuer en consultant sa propre liste médias, les agences de presse ou l'Internet. À l'occasion, il se peut que des journalistes travaillant pour des périodiques financés par l'industrie prennent contact pour demander des informations ou des opinions. Connaître leur affiliation permet de mieux se préparer à la rencontre, si l'on décide de répondre favorablement à la demande.
3. **Se préparer.** On rassemblera toutes les informations pertinentes, ainsi que ses pensées, avant toute réponse.
4. **Toujours rappeler.** Même si l'on décide de décliner une interview ou une demande de renseignements, en informer le ou la journaliste dans les délais voulus et le plus rapidement possible.

Source : Adapté de *(1)*

Entretenir de bonnes relations avec les médias

Les liens personnels favorisent la publication de messages et de sujets. En établissant de bonnes relations de travail avec les médias, on obtiendra peut-être pour la campagne une couverture ou de la publicité gratuite. Penser à :

- traiter les professionnels des médias avec respect et courtoisie;
- tenir à leur disposition des données contextuelles, des personnes-ressources et des documents de référence;
- satisfaire leurs demandes de renseignements immédiatement ou aussi rapidement que possible;
- respecter leurs délais;
- établir avec eux des relations de travail suivies. L'une des stratégies permettant d'y parvenir consiste à tenir régulièrement avec les médias des réunions informelles pour

Encadré 2. Conseils pour les interviews télévisées

Les porte-parole devront être à l'aise lors des interviews, notamment télévisées. On peut proposer là les conseils pratiques suivants :

- **Demander à l'avance aux journalistes ce qui sera évoqué au cours de l'interview télévisée, et les informer des sujets sur lesquels on répondra ou non.** Si un(e) journaliste refuse de fournir cette information, on peut toujours refuser l'interview.
- **S'habiller comme il convient.** La couleur s'impose à la télévision, mais modérément intense. Lignes verticales, couleurs douces, bijoux simples donnent de l'autorité et du sérieux aux interventions. Le vêtement devra être confortable. Les femmes éviteront les jupes courtes, et les hommes les chaussettes courtes.
- **Se tenir droit dans son fauteuil.** Si l'on porte un costume ou une veste, on s'assied sur ses rabats pour éviter que le vêtement ne remonte sur le cou.
- **Surveiller son langage corporel.** Par réflexe, les journalistes de télévision hochent la tête au cours des interviews, comme pour approuver le locuteur. Lors d'une interview, il risque de se produire un effet d'assimilation qui conduit à faire de même : on dira "non" alors que le hochement de tête dira "oui".
- **Rester concentré sur l'interview.** Éviter de se montrer trop familier avec l'interviewer ou le plateau. Certaines des situations télévisuelles les plus gênantes surviennent non pas à cause de questions brutales, mais parce que l'interviewé perd le fil et se met à bafouiller. Se fixer sur le message.
- **Être à l'heure.** À la différence d'un entretien avec un journaliste de la presse écrite, on ne peut pas "rappeler plus tard" les médias électroniques.
- **Dans la mesure du possible, s'entretenir avec l'interviewer avant de passer à l'antenne pour convenir des sujets à traiter.** Il pourra être utile de fournir à l'interviewer, en un paragraphe, un résumé du sujet et du point de vue que l'on défendra.
- **Dans la mesure du possible, lors de débats ou d'interviews collectives, se renseigner sur les autres participants.** Vérifier si l'industrie du tabac sera représentée.

Source : *(4)*

parler des dernières nouvelles de la lutte antitabac.De telles réunions sont en outre l'occasion de profiter des compétences de ces interlocuteurs en matière de stratégies de communication. Au Brésil, par exemple, des petits déjeuners périodiques réunissant le personnel du programme antitabac et des professionnels des médias ont contribué à créer des canaux efficaces pour relayer l'information sur la lutte antitabac ainsi que des messages à l'intention du public.

Désigner un porte-parole

Désigner un ou une porte-parole facilitera les contacts entre les médias et l'organisation. Le plus souvent, mais ce n'est pas une obligation, le point focal national remplira cette fonction, qui nécessite les qualités suivantes :

- aptitude à représenter le message, la campagne et le programme;
- crédibilité : cette personne sera acceptable aux yeux du public cible; elle saura inspirer le respect et faire montre de sincérité et d'autorité dans la communication;
- capacité de synthèse;
- connaissance du programme;
- capacité de livrer des informations avec bon sens, et de réfléchir vite en cas de rencontre à l'improviste avec les médias;
- de préférence, expérience du travail avec les médias;
- disponibilité : on devra pouvoir joindre cette personne par téléphone, télécopie et courrier électronique;
- discrétion;
- sens de la diplomatie.

Encadré 3. Conseils pour les interviews radiophoniques

À la différence des interviews télévisées, la radio ne fournit pas de contexte visuel à l'auditeur. La voix y est donc primordiale, et les conseils suivants pourront s'avérer efficaces :

- **Étudier le style et la personnalité de son interlocuteur radiophonique.** Écouter des enregistrements d'interviews antérieures pour se familiariser avec la "couleur" de ses interviews et le type de questions qu'il est susceptible de poser.
- **Se préparer à l'avance.** Par rapport à la télévision, l'interview radiophonique présente l'avantage d'autoriser l'utilisation de références écrites, par exemple des questions-réponses. Noter les principaux points à soulever et les statistiques essentielles, et les conserver devant soi tout au long de l'interview. Les consulter pour rester dans le fil de l'entretien.
- **Éviter les silences prolongés.** La radio n'admet pas les silences prolongés. Préparer l'entretien permet d'éviter de tels "silences radio".
- **Énoncer distinctement.** Parler directement au micro, à une distance de 5–8 cm. Prendre garde à tout bruit intempestif, en articulant clairement chaque mot. Éviter de forcer les "p" et de siffler les "s".
- **Employer son temps efficacement.** Certaines interviews radiodiffusées peuvent se mener par téléphone, ce qui permet de gagner du temps tout en évitant de se déplacer jusqu'au studio. Établir au préalable si cette solution convient.

Encadré 4. Conseils pour les interviews avec la presse écrite

- **Se préparer à l'entretien.** Se renseigner : pourquoi vous a-t-on personnellement sollicité(e), et qui sera l'interlocuteur ? Relire toute information contextuelle et tout article de presse ayant un rapport possible avec cette demande d'interview. Tenir des documents écrits à la disposition du journaliste, afin qu'il puisse vérifier les données et les chiffres évoqués.
- **Organiser son environnement.** Si l'entretien doit se dérouler dans vos locaux, évacuez de votre bureau tout élément superflu et ne conserver que les documents utiles. Tout matériel sensible devra rester hors de vue. Une autre personne interceptera les appels, et personne ne viendra déranger l'entretien.
- **Donner des réponses claires et simples.** Employer le langage courant, et rester bref.
- **Connaître son message.** Décider à l'avance quels points essentiels devront être mis en avant lors de l'interview, et y revenir tout au long de la conversation.
- **Être franc.** Si l'on ne sait pas répondre à une question, le reconnaître. Éviter les clichés du type "pas de commentaire".
- **Rester prudent.** On évitera tout commentaire "officieux" ou jugement personnel. Ne rien dire à l'interviewer que l'on ne souhaite pas voir imprimer.

INNOVER DANS LES MÉDIAS

Les pays qui disposent d'importants budgets pour leurs campagnes d'information et de sensibilisation peuvent se permettre de payer des espaces publicitaires dans les médias. Le coût en est souvent élevé, car les investissements dans la production et les achats d'espaces en quantités suffisantes pour saturer l'audience impliquent des dépenses considérables. De nombreux pays en développement ne disposent pas des ressources qu'exigent les campagnes payantes dans les médias; il reste cependant possible d'obtenir des médias une couverture gratuite de la lutte antitabac, en adoptant des stratégies innovantes.

Envisager la possibilité d'utiliser les médias gouvernementaux

Dans de nombreux pays, certaines stations de radio et chaînes de télévision appartiennent en tout ou en partie au gouvernement, et ouvrent gratuitement l'antenne aux programmes gouvernementaux. Les canaux gouvernementaux constituent donc un moyen d'assurer à la lutte antitabac une couverture médiatique gratuite ou peu coûteuse pour le ministère de la santé (on notera que les coûts de la production publicitaire sont à chiffrer séparément). Un inconvénient de l'emploi de ces médias tient à leur capacité parfois limitée de toucher tous les publics cibles visés. En outre, dans certaines situations, les messages d'origine gouvernementale risquent de ne pas sembler parfaitement crédibles, parce que perçus par les individus comme prescriptifs à l'excès.

Utiliser des formes de communication non payantes

- **Libres opinions, courrier des lecteurs** et, dans certains pays, **communiqués de presse** sont publiés gratuitement par les journaux. L'essentiel est ici de formuler le message avec créativité, de façon à attirer l'intérêt du rédacteur en chef (voir plus haut le paragraphe concernant les sujets porteurs, ainsi que les Encadrés 6, 7 et 8 pour des conseils sur les libres opinions, courriers des lecteurs et communiqués de presse).
- **Certains canaux médiatiques diffusent gratuitement des communiqués d'intérêt public,** habituellement dans le cadre du service public. Il convient donc de demander à tous les canaux médias potentiels s'ils accepteraient de consacrer de l'espace ou du temps d'antenne gratuit à d'importants messages médicaux qui doivent toucher le grand public. À moins de demander, on n'aura aucune chance.
- **Chercher dans les journaux, radios et télévisions les rubriques régulières qui font appel à des contributions du public.** Ainsi, dans l'île de Guam, le *Pacific Daily News* propose une rubrique intitulée *Islandstyle* qui accepte de toute personne tout document intéressant, y compris des photographies. Le Département de la santé mentale et de l'abus des substances psychoactives de Guam a donc profité d'*Islandstyle* pour annoncer sans aucun frais le démarrage de ses services d'aide au sevrage.

Susciter l'événement

On peut obtenir des médias une couverture gratuite en organisant diverses manifestations et activités. S'assurer que cette manifestation présentera un angle original, de nature à éveiller l'intérêt des journalistes et commentateurs de radio-télévision. Convoquer une conférence de presse et faire en sorte que tous les contacts médias y soient invités à l'avance (parfois, la conférence de presse constituera en elle-même un événement). On peut également annoncer une manifestation par voie de communiqué, qui sera adressé à l'avance à tous les contacts médias concernés.

Si les ressources le permettent, envisager les médias payants

Dans l'idéal, les programmes antitabac devraient prévoir un budget raisonnable de publicité dans les médias. Dans les années récentes, la campagne antitabac sans doute la plus renommée pour son retentissement dans la jeunesse a été "Truth" ["La Vérité"], lancée en 1998 en Floride. On lui a très largement attribué le mérite d'une réduction de 7,4% du nombre de jeunes ayant consommé du tabac sur

L'importance des financements a eu le plus grand effet au niveau des médias. Alors que les actions antitabac traditionnelles empruntaient les voies de l'annonce à bon marché et du communiqué de service public, le programme de la Floride s'est engagé sur le marché privé muni d'un budget annuel dépassant les US$ 15 millions. Plutôt que de passer gratuitement à minuit ou dans des programmes à faible audience adolescente, on a pu voir "la vérité" sur MTV pendant la diffusion du Super Bowl (première division du championnat US de football américain), ainsi que dans les émissions les plus regardées par les jeunes.

—Jeffrey J Hicks (Crispin, Porter & Bogusky; Miami, Floride, États-Unis d'Amérique)

Encadré 5. Conduite d'une conférence de presse

- Choisir une salle accessible, convenablement équipée et assez grande pour abriter tous les invités.
- Établir la date et l'heure.
- Préparer un ordre du jour et une note d'information. Celle-ci présentera les différents intervenants et leurs titres, ainsi que les principaux points à aborder lors de la conférence. Elle sera reproduite en nombre suffisant pour tous les participants.
- La conférence de presse sera brève (habituellement 30 à 45 minutes), une heure étant un maximum absolu. Pour s'en assurer la disponibilité, on réservera la salle pour une durée d'une heure.
- Choisir les orateurs, leur attribuer leurs sujets et leur impartir une limite de temps. En général, une personne fera une déclaration introductive, à la suite de quoi d'autres orateurs présenteront différentes perspectives ou fourniront des informations complémentaires. Chaque intervention ne durera que quelques minutes. Réserver plus de la moitié du temps total aux questions et réponses, en fin de séance.
- Désigner un modérateur pour faciliter les échanges et maintenir un semblant d'ordre.
- Inviter des personnalités en vue. Les VIP tendent à attirer les journalistes, et leur présence peut renforcer la crédibilité du programme. Compte tenu de l'emploi du temps chargé de ces personnalités, prendre soin de les inviter longtemps à l'avance et relancer régulièrement leur personnel pour s'assurer de leur venue.
- Choisir des matériels visuels attrayants pour faire passer le message.
- Rédiger une note à la presse, où figureront le nom et le numéro de téléphone d'une personne à contacter. La faire parvenir par courrier, télécopie et courrier électronique aux journalistes de la liste médias, une semaine au moins avant la conférence de presse.
- Donner suite à l'invitation. Téléphoner aux contacts médias pour les inciter à venir.
- Préparer des jeux de documents à l'intention des médias. Ils comprendront un résumé du sujet traité, le texte des interventions lues par les orateurs, ainsi que des photographies et schémas illustrant le thème de la conférence.
- Préparer la salle avant la date de la conférence elle-même. Vérifier le bon fonctionnement de l'équipement (micros, matériel audiovisuel, installations d'enregistrement et de traduction le cas échéant). Vérifier la présence de prises électriques pour les caméras de télévision sur les côtés ou au fond de la salle.
- Le jour de la conférence, faire signer aux membres des médias une feuille de présence et leur distribuer le jeu de documents, l'ordre du jour et tout autre matériel prévu.
- Respecter les horaires de début et de fin.
- Penser à remercier les médias et les invités pour leur participation.
- Assurer le suivi, et prendre contact avec les journalistes qui auront demandé des informations complémentaires.

Source : DHHS, 2002

une période de 30 jours (de 18,5% à 11,1%), du nombre de collégiens (de 27,4% à 22,6%), et du nombre de lycéens, entre 1998 et 2001 *(5, 6)*. L'utilisation de médias payants a joué un rôle central dans le succès de cette campagne, grâce à un important budget d'achat d'espaces (dont US$ 15 millions pour la première année de campagne) *(7)*.

La plupart des pays, notamment dans le monde en développement, ne disposeront sans doute pas de sommes aussi considérables. Toutefois, si les ressources le permettent, le personnel du programme devra envisager d'utiliser stratégiquement les médias payants pour communiquer au public les messages antitabac les plus importants. L'emploi de la publicité payante, des communiqués d'intérêt public et des communiqués de presse dans les médias écrits, radiotélévisés et électroniques est de nature à renforcer les campagnes de communication antitabac.

CRÉER DES MATÉRIELS POUR LES MÉDIAS[1]

Au cours de manifestations importantes comme le lancement d'un programme, il est conseillé d'investir dans un jeu de documents destinés aux médias, donnant à ces professionnels les informations écrites essentielles concernant le sujet traité. Présenter sous une forme pratique les principaux éléments et messages facilite le travail des journalistes et pourra peut-être renforcer la probabilité d'une couverture médiatique.

Dans les officines de relations publiques, il est souvent question de "kits presse" et parfois de "kits médias". Les informations y sont regroupées de façon uniforme, et les supports sont conçus de manière à en faciliter au maximum l'accès et l'utilisation. Le kit presse comportera en général un communiqué de base, appuyé par différents documents plus détaillés. Disposées par ordre de priorité, ces informations évitent toute redondance; les kits presse se présentent fréquemment sous forme de classeurs étiquetés d'un sujet-titre indiquant aussi les coordonnées de l'organisation ou du programme d'origine.

Le kit presse se compose :

- d'une table des matières;
- d'une lettre d'accroche, destinée à convaincre les journalistes de couvrir un sujet donné. Elle résume l'action du programme, et son intérêt médiatique. Brève (jamais plus d'une page), sur papier officiel à en-tête du programme, elle fournira toutes les données utiles pour le contacter;
- d'un avis aux médias. Il s'agit là d'une version condensée des informations concernant un événement à venir. Très court, il se présente de préférence sous forme de liste à puces indiquant "qui, quoi, quand, où, pourquoi", la personne à joindre, ses coordonnées et la date. Cet avis est habituellement distribué avant le kit presse, mais si les documents qui le composent sont sous embargo il pourra y être annexé;
- d'un communiqué de presse;

1 Adapté de : *Designing and implementing an effective tobacco counter-marketing campaign*. Atlanta, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, première éd., octobre 2003.

- d'une feuille de données ou de contexte concernant le sujet et le programme ou l'organisation;
- de photographies correspondantes légendées;
- de cartes de visite ou étiquettes rappelant les coordonnées des porte-parole ou principaux contacts médias du programme;
- de toutes informations complémentaires disponibles et appropriées, par exemple :
  - brochures imprimées
  - transcription des principaux discours ou articles des dirigeants de l'organisation;
  - biographies des personnalités les plus importantes;
  - coupures de presse concernant les actions précédentes de l'organisation;
  - autres matériels de sensibilisation.

Pour être efficace, le kit presse réunira toutes les informations pertinentes et les présentera de manière attrayante, directe et intéressante. Dans la mesure du possible, on les fera imprimer par des professionnels. On s'assurera enfin que tous les destinataires reçoivent leur kit dans les délais voulus.

ENFIN, LE MÉDIA COMME PARTIE À LA LUTTE ANTITABAC

On ne peut pas considérer le média comme un simple canal de communication de messages au grand public : il est aussi potentiellement pour la lutte antitabac un partenaire et une partie. Les professionnels des médias fument beaucoup, ou ont fumé, et connaissent de première main la puissance de la nicotine en tant que facteur addictif; et ceux d'entre eux qui ne fument pas ou plus subissent souvent la fumée des autres. Avec les encouragements et les conseils appropriés, ils peuvent se faire les avocats des consultations antitabac et des lieux publics sans fumée. Ils sont en outre tout à fait conscients des motivations lucratives qui animent l'industrie du tabac et des tactiques, légales ou non, qu'elle emploie pour promouvoir ses produits mortels. Partenaires actifs et avocats de la lutte antitabac, les médias constituent un formidable rempart contre les tentatives de l'industrie cigarettière visant à maintenir la consommation de tabac par la publicité, le marketing et la désinformation. Le personnel du programme saisira donc toute occasion d'informer et de motiver les médias afin qu'ils appuient les politiques antitabac et se prononcent en faveur de l'interdiction de fumer dans leurs locaux, par exemple dans les des salles de rédaction des télévisions, radios ou journaux.

Encadré 6. Les éléments d'un communiqué de presse réussi

Le logo de l'organisation

Le logotype permet à la presse d'identifier instantanément l'organisation qui est à la source de l'information; il s'agit donc d'un élément important, bien que souvent négligé, de tout communiqué de presse. Il faut en effet savoir que les médias reçoivent parfois simultanément de nombreux communiqués émanant de différentes organisations. Le logo est ainsi le premier élément que prendra en compte le journaliste ou le chroniqueur pour décider de lire ou de publier le communiqué.

Le titre

Il donne le sujet, et doit capter l'attention. Il décrira succinctement le sujet du communiqué. Il devra attirer l'œil et intéresser, tout en restant aussi court que possible. Pour éveiller l'intérêt, on pourra utiliser dans le titre une statistique parlante (par exemple, "Le tabac tue une personne sur Terre toutes les six secondes"). Le titre aura au maximum deux lignes de long, et de préférence moins.

La date d'embargo

Il s'agit de la date et de l'heure de première publication autorisée. Étant donné que la presse doit généralement prévoir de quels sujets elle va traiter, il est conseillé de lui communiquer ses informations à l'avance. Si on lui transmet un communiqué de presse dont on ne souhaite pas la publication avant un instant donné (par exemple pour qu'elle coïncide avec une manifestation déterminée), on devra le placer sous embargo; faute de quoi les médias pourraient en faire usage sans aucun délai.

Il faut savoir que les médias risquent de ne pas toujours respecter l'embargo, même si c'est généralement le cas. Ils se serviront fréquemment des informations du communiqué dès la fin de l'embargo, pour être les premiers à les révéler. En revanche, on pourra indiquer "Diffusion immédiate" en tête du communiqué si aucun délai n'est nécessaire avant publication, ou si le communiqué concerne un événement en cours.

Le premier paragraphe

Le premier paragraphe d'un communiqué de presse doit répondre aux questions : "quoi ?", "pourquoi ?", "quand ?", "où ?", "qui ?" et "comment ?", relatives à l'information fournie. Il doit inciter le lecteur à poursuivre, tout lui en apportant l'essentiel des renseignements pour le cas où il en déciderait autrement. Ce paragraphe sera rédigé en phrases brèves et claires, et tiendra en deux à trois lignes.

Coordonnées de contact

Pour éviter de surcharger le corps du texte, on renverra tous les renseignements nécessaires à la fin du communiqué. Les coordonnées comprendront les noms, adresses électroniques et numéros de téléphone des porte-parole à contacter pour toute autre information. Indiquer les horaires auxquels ces personnes seront joignables. Si l'on s'attend à des questions de la presse internationale, on indiquera le lieu et le fuseau horaire où se trouvent les porte-parole; ces derniers seront au moins au nombre de deux, et l'on vérifiera l'exactitude des numéros de téléphone fournis.

Les détails tels que l'adresse précise du lieu où se tiendra une conférence de presse (d'ailleurs plus importante dans les avis à la presse) ou les titres et noms complets de l'auteur d'un rapport mentionné dans le texte principal seront renvoyés en bas de page. Ce pourra aussi être le cas des adresses Web de sites où trouver des renseignements complémentaires au communiqué de presse.

L'encadré "prise de photos"

Cette possibilité est ouverte : situé en début de communiqué, un tel encadré comporte la date, l'heure, le lieu et les détails essentiels d'une manifestation ou d'une action; par sa présence, il indique aux médias qu'ils pourront envoyer un photographe couvrir l'événement. Si un encadré "prise de photos" y figure, on télécopiera le communiqué de presse tant au chef photographe qu"au rédacteur en chef. À titre d'exemple, un véritable communiqué de presse de l'OMS est reproduit en Annexe 1.

Encadré 7. Rédiger efficacement une libre opinion

Une libre opinion est une courte contribution rédigée à l'intention d'un journal par un auteur extérieur. Ces textes apportent en général un point de vue précis sur un sujet donné, et figurent souvent en vis-à-vis ou au dos de la page d'éditorial *(7)*. Plus argumentée que le courrier des lecteurs, la libre opinion exprime une position claire et affirmée, et insiste volontiers sur des points essentiels attestés par la recherche scientifique *(1)*.

- **Choisir son moment.** La libre opinion sera publiée à un moment stratégique en relation avec un événement important pour la communauté, la publication d'un nouveau rapport d'étude ou de recherche, ou en réaction à un précédent article. Ainsi, le Directeur général de l'OMS et ses Directeurs régionaux publient fréquemment des libres opinions concernant la Journée mondiale sans tabac, et ce quelques jours avant le 31 mai de chaque année.
- **Se conformer au format du journal.** Demander au rédacteur en chef les prescriptions en la matière. La libre opinion tiendra le plus souvent en 500–800 mots.
- **Employer si possible des données locales.** Les données et sujets d'origine locale garantissent que le message à communiquer retiendra efficacement l'attention des lecteurs, tout en renforçant ses chances de publication.
- **Choisir l'auteur avec soin.** Le nom de la personne qui apparaîtra en tant qu'auteur de la libre opinion est de la plus haute importance. Une personnalité éminente, dont la crédibilité à l'égard du message ne saurait être mise en doute, peut décider le rédacteur en chef de publier la libre opinion.
- **Relancer.** Quelques jours après l'envoi du document, téléphoner au rédacteur en chef pour lui demander s'il en envisage la publication.

Encadré 8. Le courrier des lecteurs

La plupart des journaux réservent aujourd'hui une pleine page au courrier des lecteurs. Nombre d'entre eux publient même des lettres électroniques, ce qui facilite les contributions des individus et organisations. Cette rubrique des journaux peut donc constituer un moyen stratégique de communiquer des messages contre le tabagisme.

- **Choisir son moment.** Tout comme la libre opinion, le courrier des lecteurs doit correspondre dans le temps avec des informations, sujets, chroniques ou lettres de parution récente.
- **Susciter un débat public.** Le courrier des lecteurs permet de susciter le débat public, dans la mesure où d'autres lecteurs pourront répondre à une première lettre. On peut donc ainsi tenir une conversation écrite, et faire monter l'intérêt envers un aspect ou un autre de la lutte antitabac à mesure que la discussion se fait plus vive.
- **Un texte simple et direct.** Ces lettres seront plus brèves qu'une libre opinion (ici, 200–300 mots au maximum). Certains journaux corrigent les lettres afin qu'elles atteignent la longueur voulue, et le résultat ne correspondra pas nécessairement à l'intention initiale; pour l'éviter, le message doit rester court, simple et direct.
- **Capter l'attention du lecteur.** Se montrer directif, voire polémique. Maintenir l'intérêt en invoquant des données locales, en citant des sources locales et en parlant de sujets d'intérêt local.
- **Donner ses coordonnées.** Il se peut que certains journalistes soient suffisamment intéressés par le sujet de la lettre pour y consacrer ensuite un article. D'où l'importance d'indiquer ses coordonnées pour tout contact ultérieur.
- **Relancer.** Après l'avoir expédiée, on vérifiera le sort de la lettre auprès des rédacteurs. Ne jamais jeter l'éponge. Parfois, une lettre refusée dans un premier temps n'a besoin que d'un maquillage pour présenter une autre accroche, ou un autre angle. On trouvera en Annexe 2 un exemple de lettre au courrier des lecteurs.

Références

1. *Designing and implementing an effective tobacco counter-marketing campaign*. Atlanta, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, première édition, octobre 2003.

2. Goldfarb LM et al. *Les bases de la mise en œuvre d'un programme antitabac*, 1ère éd., Rio de Janeiro, Institut national du cancer/Ministère de la santé, 1996 [en portugais].

3. Da Costa VL et al. *Directives pratiques pour la mise en œuvre d'un programme antitabac*, 1ère éd., Rio de Janeiro, Institut national du cancer/Ministère de la santé, 1998 [en portugais].

4. UB News Services, University at Buffalo, the State University of New York, Additional Tips for TV Interviews (http://www.buffalo.edu/news/fast-execute.cgi/wwns-media.html) [dernier accès le 17 août 2005].

5. Bauer UE et al. Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program. Findings from the Florida youth tobacco survey, 1998–2000. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:723–728 [Medline].

6. Sly DF, Heald GR, Ray S. The Florida "Truth"anti-tobacco media evaluation: design, first-year results, and implications for planning future statemedia evaluations. *Tobacco Control*, 2001, 10:9–15. Résumé et texte complet: http://tc.bmjjournals.com/cgi/content/abstract/10/1/9 [dernier accès le 17 août 2005].

7. Hicks JJ. The strategy behind Florida's "Truth"campaign. Tobacco Control, 2001, 10:3–5 (Spring). Résumé et texte complet: http://tc.bmjjournals.com/cgi/content/abstract/10/1/3 [dernier accès le 17 août 2005].

8. Must E et Efroymson D. *Guide de l'usage des médias dans la lutte antitabac*. Niamey (Niger), PATHCanada, août 2003 (angl. *PATH Canada Guide – Using the Media for Tobacco Control*, Dacca, août 2002, trad. fr. Issa A, Abdou K, Maïga Djibo I). http://www.pathcanada.org/library/docs/guide_antitabac.pdf [dernier accès le 17 août 2005].

ANNEXE 1

Organisation mondiale de la Santé

L'OMS exhorte les professionnels de la santé à s'engager dans la lutte contre le tabagisme

31 mai : Journée mondiale sans tabac
Une nouvelle enquête révèle que les étudiants qui se destinent aux professions de santé sont mal formés aux techniques de sevrage tabagique.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) encourage les professionnels de la santé à prendre les devants pour combattre les problèmes liés à la dépendance à l'égard du tabac, à sa consommation et à l'exposition à la fumée du tabac. Aussi, la Journée mondiale sans tabac de cette année, le 31 mai, sera-t-elle consacrée au rôle important dévolu aux professionnels de la santé dans la lutte anti-tabac avec pour slogan "les professionnels de la santé contre le tabac: actions et réponses".

"Le tabac reste l'une des principales causes de mortalité dans le monde avec près de cinq millions de décès par an," note le Dr Lee Jong-wook, Directeur général de l'OMS. "La communauté sanitaire joue un rôle clef dans l'effort mondial engagé contre cette épidémie. Les professionnels de la santé sont en première ligne. Ils ont besoin d'acquérir les compétences requises pour aider les gens à s'arrêter de fumer et il leur faut donner l'exemple en renonçant eux-mêmes au tabac."

Si des efforts supplémentaires ne sont pas faits pour appliquer maintenant les solutions qui existent, quelque dix millions de décès dus au tabac seront enregistrés chaque année d'ici à 2020, la plupart dans des pays en développement.

Les professionnels de la santé, médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières et autres, sont des sources fiables d'informations et de conseils et donnent l'exemple pour tout ce qui touche à la santé. Ils sont au contact d'un pourcentage élevé de la population et ils peuvent faire beaucoup pour aider les gens à changer de comportements. Des études montrent que des conseils même brefs donnés par des professionnels de la santé peuvent porter les taux d'abstinence à 30%. On a constaté que des interventions de sevrage tabagique conduites par des agents infirmiers augmentaient de 50% les chances de s'arrêter de fumer.

Toutefois, les résultats récemment publiés d'une enquête conduite par l'Association canadienne de Santé publique(CPHA), les Centers for Disease Control and Prevention du Department of Health and Human Services (CDC)des Etats-Unis d'Amérique et l'OMS montrent qu'une approche plus systématique de l'engagement des professionnels de la santé dans la lutte contre le tabagisme serait nécessaire, à commencer par la formation. Cette enquête mondiale sur les professionnels de la santé a été menée dans dix pays auprès d'étudiants de troisième année dans quatre disciplines de santé (soins dentaires, médecine, soins infirmiers et pharmacie). La plupart des étudiants interrogés (de 87 à 99%) pensaient qu'ils avaient un rôle à jouer dans les conseils à donner pour cesser de fumer. Pour plus de 90% des étudiants dans tous les pays (à l'exception

Continue sur la page suivante...

Suite de la page précédente

de la Croatie, 72%) et toutes les disciplines, les professionnels de la santé devraient être formés aux techniques de sevrage. Or, de 5% seulement à 37% au maximum des étudiants interrogés avaient effectivement reçu une formation en règle à ce sujet.

Le fait d'être soi-même fumeur est souvent un obstacle qui empêche les professionnels de la santé à s'engager dans la lutte contre le tabagisme. Sept pays sur dix ont fait état d'une prévalence du tabagisme supérieure à 20%, et dans 8 des 16 enquêtes réalisées, elle était supérieure à 30%. Les chiffres allaient d'un minimum de 0,5% chez les étudiants en soins infirmiers en Ouganda à un maximum de 47% chez les étudiants en pharmacie en Albanie.

"Il est important que les établissements scolaires, les organismes de santé publique et les services officiels de l'éducation s'associent pour donner aux professionnels de la santé les outils dont ils ont besoin pour combattre le tabagisme chez leurs patients," a déclaré le Dr Julie L. Gerberding, Directrice des CDC. "Alors que nous réfléchissons aux progrès de la lutte contre le tabagisme dans le monde que l'on doit à la Journée mondiale sans tabac, nous encourageons les professionnels de la santé du monde entier à assumer leur rôle, qui est d'informer les patients des conséquences du tabagisme sur la santé et de les aider à renoncer au tabac."

Le préambule de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, qui est entrée en vigueur le 27 février 2005, met l'accent sur le rôle qui incombe aux associations de professionnels de la santé dans les efforts fournis pour faire de la lutte contre le tabagisme un objectif de l'action de santé publique et faire baisser la consommation de tabac. En janvier 2004, dans le cadre d'une réunion convoquée par l'OMS, plusieurs associations de professionnels de la santé ont adopté un code de pratique qui énumère 14 mesures concrètes par lesquelles ces associations peuvent s'engager dans la lutte contre le tabagisme. Ces associations et leurs membres pourraient notamment donner l'exemple, faire en sorte que les lieux de travail et les établissements publics soient sans fumée et sans tabac, et appuyer les actions politiques contre le tabac, dont, entre autres, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

La Journée mondiale sans tabac sera lancée à Londres, le mardi 31 mai 2005, par l'OMS et le Ministère de la Santé du Royaume-Uni. Des milliers d'autres activités et manifestations nationales et locales sont prévues dans le monde entier.

Notes aux rédactions

Les professionnels de la santé regroupent les médecins, les personnels infirmiers, les sages-femmes, les dentistes, les psychologues, les psychiatres, les pharmaciens, les chiropraticiens et les membres d'autres professions apparentées.

L'enquête pilote a porté sur des étudiants de dix pays dans les six régions de l'OMS et quatre disciplines: Albanie (soins dentaires, médecine, soins infirmiers et pharmacie), Argentine Buenos-Aires (médecine), Bangladesh (soins dentaires), Croatie (médecine), Egypte Le Caire (médecine), Bosnie-Herzegovine (soins infirmiers), Inde (soins dentaires), Philippines (pharmacie), République de Serbie (soins dentaires, médecine et pharmacie) et Ouganda (médecine et soins infirmiers).

Pour plus d'informations:

Marta Seoane
Communication,
Telephone: +41 22 791 2489
Email: seoanem@who.int
Joel London
Telephone: +1 770 488 5493
Email: izl4@cdc.gov

© Organisation mondiale de la Santé 2005.
Tous droits réservés

ANNEXE 2

Courrier des lecteurs

Dr Rita Rubinstein
Chemin d'Italic 10
CH-1809 Lavaux
Tél. +4121 xxx xxxx
Fax +4121 xxx xxxx
rita.rubinstein@blueeyes.com
Le Temps
2, rue des Italiens
FR-75009 Paris

Lavaux, le 29 février 2005,

Monsieur le rédacteur en chef,

Interdire le tabac : craintes et réalités

Le 26 février dernier, *Le Temps* a publié un article de votre correspondant à Porto Rico, intitulé "Les commerçants s'insurgent contre l'interdiction de fumer". Or il convient à mon sens de distinguer les craintes des réalités, et les faits sont clairs et nets : qu'ils se trouvent en Floride ou à New York, à Hong Kong [SAR] ou en Australie, les cafés et restaurants non-fumeurs ne perdent pas un sou. Bien au contraire, ils gagnent souvent en fréquentation de la part de clients heureux de déguster leurs repas dans une ambiance saine et sans fumée.

L'étude la plus récente dont j'ai eu connaissance est parue dans le *Bulletin vaudois de l'hôtellerie et de la restauration* : elle conclut à l'absence de toute corrélation entre l'interdiction de fumer et une quelconque baisse du chiffre d'affaires des établissements newyorkais.

À Montreux même, si l'on demande au maître d'hôtel quelle est la salle la plus complète et la plus recherchée, il vous indiquera automatiquement le salon non-fumeurs. Il faudrait donc que tous les commerçants prennent conscience de la volonté réelle de la majorité de leurs clients, qui aimeraient trouver dans les lieux qu'ils fréquentent une atmosphère respirable, inodore, sans danger et sans fumée.

[signature]

10

Choix et programmation des actions antitabac

Le pessimiste voit des difficultés dans chaque occasion. L'optimiste voit des occasions dans chaque difficulté.

—Winston Churchill

INTRODUCTION

C'est bien souvent sur les communautés que repose le succès des actions antitabac. Les personnes qui vivent, travaillent et jouent un rôle dans une communauté sont les mieux placées pour en comprendre les besoins, les ressources, les problèmes et les capacités. Les gouvernements comme les communautés doivent être disposés à collaborer et à investir du temps et des compétences pour concevoir, exécuter et évaluer avec succès des programmes antitabac (voir Tableau 1). Le programme national antitabac (PNAT) et ses homologues locaux devront travailler main dans la main avec leurs partenaires des communautés afin de favoriser une approche globale et à long terme de la lutte antitabac et d'assurer l'adéquation culturelle de ses activités et programmes. Chaque fois que possible, on emploiera les installations existantes ainsi que les organisations et personnalités réputées pour leur action contre le tabagisme. Il est tout aussi important que la lutte antitabac demeure totalement à l'écart de toute forme d'influence de l'industrie cigarettière.

Dans ce chapitre, on résumera certaines composantes des programmes antitabac, que l'on retrouve souvent intégrées aux plans d'action généraux. On y traitera en outre des stratégies de mobilisation communautaire antitabac. Il est prévu que de prochaines publications de l'OMS couvrent ces sujets plus en détail. Tout au long de ce chapitre, d'autres sources seront proposées à l'attention du lecteur.

LA PRÉVENTION

L'appui aux actions préventives du tabagisme

Si elles sont menées avec succès, les actions de prévention et de réduction du tabagisme chez les jeunes pourront par la suite avoir un effet considérable sur la morbidité et la mortalité liées au tabagisme.

Les établissements scolaires sont un lieu idéal pour les interventions antitabac. Sur les 6 milliards d'habitants qui peuplent la planète, 1 milliard fréquentent ces établissements. Dans le monde en développement, 80% des enfants sont aujourd'hui scolarisés, et 60% le restent pendant au moins 4 ans. Ces pays comptent plus de cinq fois autant d'enseignants que d'agents de santé, et ces enseignants ont souvent des contacts réguliers et prolongés avec leurs élèves. Le système formel d'éducation constitue donc un important canal de diffusion d'informations sur la lutte antitabac.

La notion OMS d'"écoles en santé", qui entre dans le cadre des initiatives Milieux favorables à la santé et Santé à l'école, offre de nombreuses possibilités de promouvoir la prévention du tabagisme en milieu scolaire. Les *Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction* des United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recensent certains des principaux éléments d'un programme scolaire de prévention du tabagisme :

- élaborer et faire appliquer une politique sur l'usage du tabac dans les écoles;
- apporter une information sur les effets physiologiques néfastes et les conséquences sociales à court et long terme du tabagisme, sur les normes des pairs à l'égard de l'usage du tabac, et sur les aptitudes au refus;
- dispenser une éducation préventive du tabagisme du jardin d'enfants à la terminale; cette instruction sera particulièrement accentuée au premier ou au deuxième cycle du collège, et renforcée au lycée;
- donner aux enseignants une formation spécialisée en la matière;
- impliquer les parents ou les familles dans l'appui aux programmes scolaires de prévention antitabac;
- aider aux efforts de sevrage des élèves et de tout le personnel scolaire usager du tabac;
- évaluer le programme de prévention du tabagisme à intervalles réguliers.

Deux autres aspects importants des programmes scolaires de prévention antitabac sont à prendre en compte : (a) le partenariat entre les secteurs de l'éducation et de la santé; et (b) la participation des élèves à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du programme.

Tableau 1. Quelques interventions antitabac

Interventions programmées	Résultats	Activités centrales (toutes interventions)	Partenaires (toutes interventions)
1. Mise en place de programmes scolaires de prévention du tabagisme	1. Moins de jeunes commencent à fumer	– Permanence du financement des programmes – Recherche des meilleures pratiques – Évaluation des besoins pour établir les priorités, manques, etc. – Consultations publiques – Collecte, analyse et diffusion de l'information – Assistance technique à la construction de capacités – Suivi et évaluation de l'impact, de l'efficacité et de la rentabilité des interventions – Communication efficace des succès rencontrés, au moyen de bulletins, séminaires et conférences	L'engagement et les compétences aux niveaux national et régional des gouvernements, professionnels de la santé, enseignants, jeunes, parents, chercheurs, employeurs, salariés, médias, associations bénévoles et autres sont nécessaires à l'exécution efficace de programmes antitabac de prévention, de sevrage et de protection
2. Institution de leaders et réseau de pairs dans la jeunesse	2. Les jeunes s'impliquent activement dans l'action antitabac		
3. Traitements de sevrage et programmes de soutien	3. Accroissement du nombre de sevrages		
4. Interdictions de fumer dans les bâtiments publics	4. Moindre exposition à la fumée secondaire dans les bâtiments, écoles et autres lieux publics		
5. Création de lieux de travail non-fumeurs	5. Moindre exposition à la fumée secondaire sur les lieux de travail		
6. Développement de programmes de formation et accroissement des ressources des praticiens	6. Individus et communautés mieux préparés et équipés pour réaliser les programmes		
7. Création de sites Web et/ou centres d'échanges d'informations pour diffuser les meilleures pratiques	7. a) Large disponibilité d'informations concernant les meilleures pratiques b) Amélioration de la santé des populations c) Économies dans le système de soins de santé		

Les programmes scolaires de prévention devraient débuter à l'école primaire et se poursuivre tout au long du secondaire, avec des séances de renforcement ou de rappel. Les interventions éducatives devront être adaptées à l'âge, et tenir compte des caractères spécifiques qui prédominent dans les différents groupes d'âge. La transition du primaire au secondaire est d'une importance particulière. C'est alors que le groupe des pairs s'élargit, et que les élèves rencontrent des camarades plus âgés dont certains font usage du tabac. C'est pourquoi les interventions devront être particulièrement intenses au début du secondaire. Leur but essentiel sera de conférer aux jeunes adolescents des aptitudes et ressources précises qui les aideront à résister aux pressions sociales directes et indirectes les incitant à faire l'essai du tabac.

L'efficacité des programmes scolaires visant à prévenir l'initiation au tabac semble se renforcer avec la présence de programmes coordonnés au niveau communautaire. Le succès des actions de prévention et de réduction du tabagisme par l'école repose sur la conscience et l'implication des parents et des autres membres de la communauté. Les représentants des autorités et ONG locales, les entreprises, les leaders religieux, les organisations de jeunesse communautaires, les prestataires de services de santé, les personnalités sportives, les médias et les autres membres de la communauté, tous sont en mesure de jour un rôle actif dans la prévention du tabagisme.

On pourra constituer un comité communautaire consultatif destiné à coordonner les initiatives avec celles de l'équipe scolaire. Il est important que des jeunes soient impliqués à tous les stades de la préparation. On envisagera d'effectuer une analyse de situation afin de déterminer les domaines cibles et les priorités d'action. Si le but est de réduire la fumée chez les jeunes par des programmes de communication de masse, l'efficacité des campagnes se trouvera renforcée grâce aux informations obtenues à l'aide de groupes d'étude, d'enquêtes, ou même d'entretiens informels avec des jeunes.

Plutôt que d'aider les jeunes à s'abstenir de l'usage du tabac, la communauté risque en fait d'entretenir un climat favorable au tabagisme, que ce soit par une publicité du tabac envahissante, une grande permissivité dans l'accès des mineurs au tabac ou une pratique générale consistant à fumer dans les lieux publics. L'action communautaire visant à abolir ces incitations à fumer sera d'une aide précieuse à l'action éducative menée dans les écoles.

Malheureusement, les programmes scolaires que n'ont pas épaulés des programmes et politiques communautaires ne produisent que des résultats limités. Même modestes, les premiers succès se sont estompés avec le temps. Pourtant, s'ils se déroulent dans un contexte de politiques et programmes antitabac communautaires forts et cohérents, et dans des écoles entièrement non-fumeurs, les programmes scolaires peuvent constituer une part utile de la lutte antitabac générale.

Les facteurs de succès des campagnes scolaires antitabac

En principe, les campagnes scolaires devront être liées aux actions antitabac dans la communauté locale et les médias de masse. Le succès des campagnes scolaires antitabac suppose qu'elles présentent les caractères suivants :

- s'appliquer de façon égale aux enseignants, au personnel, aux élèves et aux visiteurs;
- souligner que le tabagisme est néfaste pour tous les fumeurs, jeunes et âgés;
- rappeler que la plupart des jeunes ne fument pas;
- favoriser le leadership des pairs et l'apprentissage par l'exemple;
- former les aptitudes au refus;
- enseigner la lecture critique des médias;
- traiter des facteurs sociaux de la décision de fumer;
- montrer les effets à court terme de la fumée (jaunissement des dents, mauvaise haleine, souffle court);
- souligner les avantages de rester non-fumeur;
- évoquer l'accoutumance, le tabagisme passif et le comportement déloyal de l'industrie du tabac.

Une politique efficace d'"école non-fumeurs"

Cette politique :

- expose la logique de la prévention et de la réduction du tabagisme, conformément aux faits connus, et décrit la situation dans cette école;
- nécessite une coordination entre les autorités sanitaires et éducatives locales;
- expose les modalités de communication de la politique aux élèves, aux personnels enseignants et administratifs, aux parents, aux visiteurs et aux membres de la communauté;
- comprend des interventions visant à améliorer la conscience des effets et des conséquences du tabagisme chez les jeunes et les moins jeunes;
- interdit l'usage du tabac aux élèves, enseignants, personnels, parents et visiteurs dans l'enceinte de l'école, dans ses véhicules et lors des activités qu'elle mène hors de ses murs;
- interdit toute forme de publicité du tabac dans les bâtiments et les environs de l'école, ses publications, et tout autre lieu appartenant à l'école.
- interdit de vendre ou d'échanger des produits à base de tabac dans l'enceinte scolaire;
- interdit le parrainage par l'industrie du tabac de toute activité scolaire;
- impose d'introduire un enseignement préventif du tabagisme, intégré aux programmes scolaires, complétant les autres activités de santé scolaire concernées;
- explique aux enseignants, aux délégués des élèves et au personnel scolaire comment prévenir le tabagisme;
- assure à tous les élèves et personnels l'accès à une aide au sevrage;
- précise le dispositif d'application de la politique (sanctions, plaintes, etc.);
- indique les méthodes de suivi des progrès et d'évaluation des effets;
- désigne une ou plusieurs personnes, ou un comité, chargés de veiller à l'application et à l'évaluation de la politique.

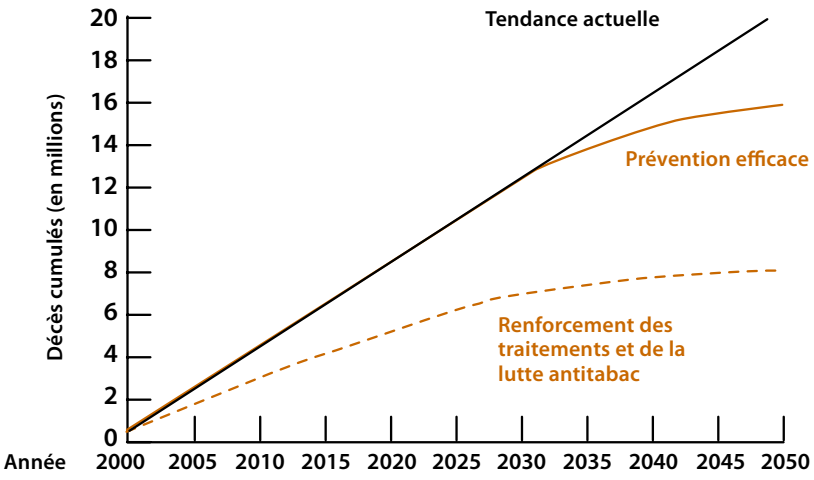
LE SEVRAGE

Les programmes d'arrêt du tabac

On peut obtenir des bénéfices sanitaires et économiques considérables pour les individus et les sociétés en aidant les fumeurs à cesser de fumer (voir Figure 1).

L'OMS a récemment publié une monographie, *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*, sur la base d'une consultation mondiale d'experts et de représentants de pays développés et en développement, tenue en juin 2002. Elle présente un certain nombre de recommandations qui peuvent être adaptées selon les ressources disponibles et le degré de soutien politique au sevrage dans les différents pays, et peut donc servir à concevoir la composante de sevrage d'un plan national d'action antitabac correspondant à la situation du pays.

Figure 1. Projection des tendances de la mortalité liée au tabac



Source : Henningfield et Slade *(1)*

Connues sous le nom de "Recommandations de la clinique Mayo", les lignes directrices suivantes fournissent un cadre aux gouvernements et aux professionnels de la santé pour combattre ensemble l'accoutumance nicotinique :

- Faire du traitement une priorité de santé publique;
- Rendre le traitement accessible;
- Évaluer et surveiller l'usage du tabac et procéder à des interventions éprouvées;
- Donner l'exemple aux pairs et aux patients en cessant de consommer du tabac;
- Financer les traitements efficaces;
- Inciter les usagers du tabac à cesser;
- Surveiller et réglementer la fabrication, le marketing et les ventes de tabac;
- Élaborer de nouveaux types de traitement.

Source : *(2)*

Il existe différents moyens comportementaux et pharmacologiques visant au sevrage tabagique. Leur efficacité n'a été établie que pour les fumeurs, mais les utilisateurs d'autres produits du tabac pourront en tirer profit. Les Chapitre 3 des *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence* examine les preuves de l'efficacité de ces stratégies de sevrage. On trouvera des directives de pratique clinique qui aideront les médecins et autres à administrer et à soutenir des formes efficaces de traitements antitabagiques dans *Treating tobacco use and dependence*, ouvrage publié par le United States Department of Health and Human Services. Autre publication utile, *Helping smokers quit*, du Bureau régional OMS de l'Europe.

Le personnel du Programme national antitabac et ses homologues locaux auront à évaluer l'adéquation de ces différentes approches du sevrage aux besoins et aux ressources du pays. Tout comme les programmes scolaires de prévention, les programmes de sevrage doivent s'intégrer à un paquet global combinant politiques et interventions. C'est dans ce cadre général qu'il convient d'apprécier quelles sont les interventions appropriées, de former les membres du personnel choisis pour les mener à bien, de diffuser les interventions à l'aide des infrastructures du PNAT et autres réseaux, et d'établir un dispositif de suivi et d'évaluation afin d'en mesurer l'impact.

Une stratégie efficace pour élargir l'accès aux interventions de sevrage consiste à les incorporer à d'autres services de santé communautaire de base. Par exemple, les risques de la fumée pendant la grossesse sont bien connus et documentés. Par des programmes d'assistance au sevrage des femmes et de leurs familles pendant et après la grossesse, on peut offrir aux usagers du tabac des occasions de s'arrêter au moment où ils sont le plus réceptifs aux messages qui les y encouragent; ce qui peut s'intégrer à un programme visant les femmes enceintes. Cette stratégie s'est montrée efficace au Canada, où un programme de l'Association canadienne de santé publique, *Question d'écoute*, propose une formation sur vidéo et un guide destinés à aider les professionnels de la santé à prodiguer des conseils porteurs aux femmes enceintes.

Il existe pour d'autres groupes spécifiques des possibilités similaires d'intégrer les actions de sevrage aux soins de santé : par exemple, les personnes convalescentes à la suite

d'une crise cardiaque ou d'une attaque cérébrale. Amener d'autres professionnels de la santé à profiter de ces occasions pour délivrer des messages et une assistance au sevrage peut contribuer à réduire la consommation de tabac.

L'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS), projet mené en collaboration par l'OMS et les CDC, montre que de nombreux jeunes fumeurs souhaitent s'arrêter mais n'y parviennent pas : beaucoup ne savent pas comment changer d'attitude. Lorsque le taux de tabagisme est élevé chez les jeunes, on devra envisager d'inclure dans les programmes communautaires et scolaires des composantes de sevrage spécialement conçues à leur intention.

Santé Canada propose avec son programme *Une vie 100 fumer* (www.vie100fumer.com) [en anglais *Quit 4 life* (www.quit4life.com)] des idées instructives pour aider les jeunes à s'arrêter eux-mêmes. Ce programme se fonde sur des principes cognitivo-comportementaux qui apprennent aux jeunes comment s'exercer à être non fumeurs. Il s'attache en outre aux motivations de l'arrêt, à l'importance d'un puissant réseau de soutien social, et aux capacités de prise en mains des problèmes.

LA PROTECTION

La promotion de milieux sans fumée

Pour protéger la santé des non-fumeurs, des politiques créant des milieux sans fumée s'imposent. En outre, on a montré que les politiques de lieux de travail et d'espaces publics non-fumeurs favorisent une moindre consommation des fumeurs, ou leur sevrage. La généralisation des interdictions de fumer dans les lieux publics permet :

- d'améliorer la santé des non-fumeurs et des fumeurs;
- de réduire le nombre de cigarettes fumées chaque jour par les fumeurs (ce qui conduit souvent au sevrage);
- d'accroître la conscience de la population quant à la gravité de l'exposition à la fumée secondaire;
- de faire naître des sociétés et environnements où ne pas fumer sera la norme.

Les gouvernements peuvent jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre le tabagisme passif en interdisant de fumer dans tous les bâtiments officiels, et en faisant appliquer les politiques et règlements non-fumeurs, à la fois au niveau national et au niveau local. C'est ainsi qu'au Canada, la Loi sur la santé des non-fumeurs restreint la possibilité de fumer dans les lieux de travail sous administration fédérale, dans les transports aériens, dans les cars et les trains interrégionaux, dans les gares, aéroports et ports, et dans les hôpitaux sous juridiction fédérale.

L'exposition à la fumée de tabac constitue un danger majeur pour la santé au travail, et contribue pour 25% à 35% à l'ensemble des absences au travail. Il existe un certain nombre de guides destinés à aider les employeurs et les salariés à créer des lieux de travail

sans fumée, notamment la brochure *Tobacco in the workplace: Meeting the challenge. A handbook for employers*, produit par le European Partnership Project To Reduce Tobacco Dependence de l'OMS.

L'initiative Smoke Free Americas, lancée en 2001 par l'Organisation panaméricaine de la Santé, vise à appuyer les actions de réduction du tabagisme passif dans les Amériques.Elle offre une coopération technique aux gouvernements qui souhaitent mettre en place des milieux sans fumée, ainsi qu'une large gamme de ressources destinées à aider les militants antitabac, les parents, les communautés et le grand public à obtenir des atmosphères sans fumée sur leurs lieux de vie et de travail. On peut consulter son site Web à l'adresse www.smokefreeamericas.org.

Le Tableau 2 résume un extrait de *Lieux publics sans fumée : vous pouvez y arriver*, guide édité par Santé Canada qui propose des ressources pas-à-pas pour la mise en place d'interdictions de fumer, notamment des modèles de règlements et d'enquêtes communautaires, des informations économiques, des stratégies d'évaluation, des plans de promotion et de communication, des informations concernant les stratégies d'application, ainsi que des études de cas détaillées. Le tableau souligne l'importance d'établir des partenariats et de mener des campagnes ciblées aux niveaux des médias, du système éducatif et de la sensibilisation, afin d'accroître le nombre des espaces publics sans fumée, où les non-fumeurs soient protégés contre les effets insidieux de la fumée secondaire.

Tableau 2. Accroître le nombre de lieux publics sans fumée

	Phase 1 Préparation (1–2 ans)	**Phase 2 Action (6–8 mois)**	**Phase 3 Maintien (intense 1 an, puis durable)**
Objectifs	Accroître la conscience publique des dangers du tabagisme passif et obtenir un soutien aux espaces non-fumeurs dans la communauté, les résidences et les véhicules	Maintenir un fort soutien public et politique à la législation non-fumeurs; approbation par le gouvernement d'une législation (règlements) non-fumeurs	Application de la législation non-fumeurs supérieure à 80%
Activités	Constituer une équipe; prévoir les coûts et les sources de financement Recruter des "champions" des espaces sans fumée Établir des plans de sensibilisation, de communication et d'application Lancer des programmes d'éducation du public pour obtenir son soutien; agir auprès des écoles et entreprises locales pour mettre en place des politiques non-fumeurs volontaires Élaborer un projet de législation	Rencontrer les médias locaux pour insister sur les problèmes de la fumée secondaire et obtenir leur soutien Tenir des consultations publiques et des réunions avec les hommes politiques Réunions avec les entreprises locales pour les persuader de mettre en place des lieux de travail sans fumée	Établir et mettre en œuvre les procéduresd'application Agir auprès des entreprises pour assurer l'application de la nouvelle législation non-fumeurs Éduquer les parents et soignants quant aux nouvelles politiques non-fumeurs S'assurer du soutien public et du respect des règles Célébrer les réalisations !

LES POPULATIONS À HAUTS RISQUES

Les pauvres et les moins instruits

D'après la Banque mondiale, les pauvres et les moins instruits risquent actuellement davantage de fumer que les riches et les plus instruits. Dans l'ensemble, l'épidémie de tabagisme se répand, à partir de son foyer initial qu'étaient les hommes des pays riches, vers les femmes des pays riches et les hommes des régions à faibles revenus.

En général, les fumeurs appartenant à ces populations à hauts risques ne profitent guère des approches les plus classiques de la prévention et du sevrage tabagiques. De nombreux fumeurs pauvres et peu instruits n'ont pas de contacts réguliers avec des médecins ou autres professionnels de la santé, et ne bénéficient donc pas des interventions cliniques. Une proportion importante des jeunes fumeurs ne fréquente pas l'école, et échappe donc aux programmes scolaires. Il est essentiel de toucher ces populations, et de les impliquer dans des programmes qui soient culturellement adaptés, aisément accessibles, définis en fonction de leur réalité socioéconomique, et exécutés par des personnes ayant leur confiance.

L'un des moyens de toucher les fumeurs à hauts risques consiste à intégrer les interventions antitabac aux programmes de santé publique en direction des malades pauvres. Il conviendra ici de prévoir la couverture sociale des services de sevrage. Les campagnes d'éducation et de sensibilisation devront s'adresser à ces populations de façon spécifique, par des messages ciblés. D'autres stratégies seront à élaborer selon les circonstances.

Les femmes et les filles

L'usage du tabac constitue également l'un des dangers majeurs qui menacent la santé et le bien-être des femmes et des jeunes filles dans le monde. À mesure que les femmes acquièrent une plus grande indépendance dans la société, leur pouvoir d'achat augmente. Consciente de ce phénomène, l'industrie du tabac vise de plus en plus le public féminin dans ses campagnes publicitaires. Dans les pays où les femmes fument peu, elles sont souvent exposées toute leur vie à la fumée secondaire, ce qui les rend vulnérables à la morbidité et à la mortalité liées au tabac. Dans différentes cultures, certaines formes d'usage du tabac relèvent du domaine des activités sociales reconnues aux femmes. En Inde, par exemple, il est courant chez les femmes de chiquer un mélange au bétel. Parmi elles, le cancer de la bouche a déjà dépassé le cancer du sein en tant que principale cause de mortalité par cancer.

Il convient donc d'envisager des stratégies et politiques qui s'attaquent spécifiquement au taux de tabagisme féminin, et qui répondent à la nécessité de le prévenir.

Voici quelques-unes de ces stratégies :

- approfondir la connaissance des divers facteurs de motivation des femmes aux différents stades de leur vie, et utiliser ces informations pour élaborer les messages de sensibilisation;

- introduire dans les activités d'émancipation des femmes des notions de lecture critique des médias en ce qui concerne la publicité du tabac;
- étendre le réseau antitabac aux organisations concernées par les droits des femmes, et inciter les organisations de femmes à s'abstenir d'accepter le parrainage des cigarettiers;
- demander à de grandes figures féminines de s'élever contre les pratiques marketing déloyales de l'industrie du tabac.

LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Dans l'approche de la mobilisation communautaire, on pèsera avec soin les éléments suivants.

L'individu et la communauté

- Si l'on attribue habituellement la lutte antitabac au secteur de la santé, elle ne produit en fait de résultats que lorsque différents secteurs et groupes agissent en partenariat pour promouvoir une réduction de la consommation de tabac. Cela se vérifie aux niveaux national, local et communautaire.
- Tout programme national de santé est conçu pour toucher les populations. S'il est conduit de façon efficace, certains individus vont s'approprier, traiter et utiliser ce qui leur est transmis par le programme.
- Si au sein d'un groupe ou d'une communauté plus d'une personne s'approprie une idée, la probabilité s'accroît d'une influence sur l'ensemble du groupe ou de la communauté.
- Le mode de traitement par les familles, les groupes naturels et les communautés de l'information reçue affecte tout changement dans leurs attitudes et comportements. Les actions de santé publique négligent ou sous-estiment souvent la puissance de l'opinion des autres au sein des communautés. Un message portant sur les conséquences de l'usage du tabac peut être sans effet sur un groupe où l'opinion dominante tend à l'écarter. Par exemple, la réaction immédiate d'un membre influent du groupe disant : "Super, on dirait qu'ils ont découvert que les fumeurs meurent. Sans doute que ceux qui ne fument pas vivent éternellement", dévalorise aux yeux du groupe l'idée transmise.

L'importance du "climat"

- L'attitude ambiante, ou climat, joue elle aussi un rôle dans la façon dont chaque personne réagit aux messages d'un programme donné. Tout programme antitabac doit en tenir compte, et viser à influencer, autant que leur comportement tabagique, le contexte social dans lequel les populations vivent et apprennent.

- Des changements de climat peuvent se produire au niveau de la communauté comme au niveau global. On en trouve les meilleurs exemples dans les pays et États qui disposent de programmes antitabac efficaces. C'est ainsi qu'en Californie (États-Unis d'Amérique), fumer était autrefois socialement acceptable, alors que c'est désormais un comportement généralement réprouvé.
- Plutôt que d'attendre des changements spontanés de cette nature, les planificateurs des programmes antitabac devraient plutôt s'efforcer délibérément d'influencer les attitudes sociales. Pour cela, lors de la conception d'interventions, il faut considérer avec soin les facteurs qui contribuent au changement social. Parmi ces facteurs figurent la manière dont se constitue l'opinion dans les communautés et groupes, ainsi que les principaux leaders d'opinion. Par exemple, une bande dessinée dont un personnage fume aura un impact plus fort auprès des enfants, qui risqueront davantage de commencer à fumer si le personnage plaît aux gamins "influents" de la bande. Ces jeunes "leaders d'opinion" qui déterminent ce que les autres disent et font seront donc sans doute des cibles privilégiées pour la publicité du tabac. Le programme antitabac pourra lui aussi viser ces enfants et exploiter leur capacité d'influencer leurs pairs afin de diffuser des interventions conçues pour contrer le marketing des cigarettiers.

Provoquer des changements de climat

- Compte tenu de l'importance du contexte social, les actions antitabac devraient tendre à modifier les attitudes et habitudes dans la communauté, en se concentrant sur les moyens de la rendre plus consciente, et donc plus réceptive à la lutte antitabac. Pour désigner ce processus, on utilise parfois le terme de "mobilisation communautaire".
- Il conviendra de repérer et de cibler en premier lieu les membres influents de la communauté, de manière à ce qu'ils puissent influencer d'autres membres et les amener à soutenir l'action antitabac.
- Les communautés ne sont pas homogènes : à côté des individus influents, on rencontre aussi des sous-groupes influents. Pour mobiliser une communauté, on déterminera les relations entre les différents sous-groupes et on cherchera les meilleurs moyens de toucher et d'influencer chacun d'entre eux. Le marketing de l'industrie du tabac est fréquemment conçu de façon à attirer des sous-groupes précis au sein d'une communauté, comme les minorités ethniques, les groupes d'intérêt spécial ou les jeunes cadres. Par conséquent, les programmes antitabac devront eux aussi adapter certains de leurs discours et de leurs messages à ces mêmes sous-groupes.
- Dans les établissements bien délimités, de petite taille, tels que les écoles, les lieux de travail ou les villages, on obtient de bons résultats par une approche directe. D'autres communautés seront sans doute plus difficiles d'accès, parce que plus vagues et plus peuplées. Pour toucher ces dernières communautés, plusieurs visites intensives ou des moyens "distants" seront nécessaires.

L'approche directe, ou contact direct

Pour agir auprès des communautés, la présence d'un animateur peut être très appréciable. Parmi les personnes susceptibles de travailler directement avec les communautés, on peut mentionner :

- les agents de santé
- les autres agents de proximité ou de terrain
- les enseignants
- les associations de jeunes
- tout club, association ou organisation communautaire
- les syndicats

À quoi les communautés devraient-elles s'efforcer de parvenir ?

Bien comprendre ses objectifs est essentiel dans l'action communautaire, comme dans tout autre domaine. Ceux qui veulent mettre un terme à l'aggravation des ravages du tabac sont généralement conscients des buts ultimes : éviter que les gens ne commencent à consommer du tabac, encourager les utilisateurs à cesser, et dans l'intervalle protéger les non-fumeurs.

On doit également envisager comment parvenir à ces buts et chercher les facteurs qui y contribueront au niveau de la communauté. Chaque communauté devra découvrir les meilleurs moyens d'encourager le sevrage et de décourager l'initiation. En voici quelques exemples :

- compréhension de tous les types de dommages provoqués par le tabac, et préoccupation à cet égard;
- attrait ou rejet de l'image associée à l'usage et aux usagers du tabac
- compréhension de la promotion ouverte ou cachée du tabac par l'industrie et autres, et résistance à cet égard
- respect et souci des milieux propres, non contaminés et agréables
- encouragement et soutien aux usagers du tabac restants afin qu'ils abandonnent ou réduisent durablement cette pratique
- avantages et inconvénients de fumer ressentis par les fumeurs
- facilité d'accès, acceptabilité et prix des produits à base de tabac dans les communautés
- revendication de l'établissement et de l'application de bonnes politiques publiques en matière de tabagisme

Les éléments ci-dessus décrivent implicitement les actions à entreprendre pour réduire l'initiation, favoriser le sevrage et protéger la communauté.

Toute société ou communauté qui souhaite limiter les conséquences néfastes de la consommation de tabac devrait prendre des mesures conformément à chacune de ces suggestions.

Un exemple concret

Dans une communauté semi-urbaine, ce membre d'une tontine expose son cas au cours d'une réunion. Souffrant de tuberculose aiguë, cloué au lit pendant plusieurs mois, la tontine lui a accordé un prêt pour aider sa famille et lui permettre de suivre toutes les étapes du traitement sans interruption. Il est maintenant guéri de la tuberculose. Les membres de sa famille ont eux aussi subi un dépistage de la maladie, dont par bonheur ils n'ont pas été déclarés atteints. Cependant, il tousse encore beaucoup. Au centre de santé primaire, le médecin lui a fortement conseillé de cesser de fumer. Il fume depuis 15 ans et souhaite s'arrêter, mais n'y parvient pas. Il a essayé deux ou trois fois, mais ne peut s'empêcher de fumer.

Ces révélations déclenchent une discussion animée au sein du groupe. Les fumeurs, les chiqueurs et d'autres que la fumée de tabac dérange ou qui ont peur pour leurs familles échangent leurs vues à ce propos. Les participants concluent de la discussion qu'il leur faut en savoir davantage sur les effets nocifs du tabac, et sur la façon dont ils peuvent aider ceux qui veulent s'arrêter. Ils décident de s'en ouvrir à une infirmière communautaire, respectée de tous pour la qualité de ses conseils. Acceptant de les aider, celle-ci consulte le médecin généraliste et le travailleur social du centre de santé primaire. Avec eux, elle réussit à réunir la documentation nécessaire et des matériels éducatifs sur le sujet, qu'elle partage avec les membres de la tontine.

Quinze fumeurs qui souhaitent s'arrêter décident alors de constituer un groupe de soutien. Ils se réunissent une fois par semaine, pour évoquer la façon dont ils font face à leur envie de fumer ou de chiquer, et se motiver les uns les autres pour rester à l'écart du tabac. L'infirmière communautaire rencontre le groupe une fois par mois. À son initiative, le centre de santé primaire a également instauré des séances de conseil destinées aux usagers du tabac qui veulent s'arrêter, et aux membres de leurs familles qui souhaitent les aider. Le centre a de plus adopté une politique sans fumée dans ses locaux. La tontine décide que ses réunions seront elles aussi sans fumée.

Un club de jeunes et deux écoles locales entreprennent d'informer les jeunes sur les risques de l'usage du tabac et du tabagisme passif, et de les motiver pour qu'ils s'en tiennent à l'écart. Dans leurs discussions de groupe, garçons et filles découvrent que les images séduisantes de la fumée, telles qu'elles sont présentées dans les publicités et promotions, sont grossièrement falsifiées. Fumer n'est plus considéré comme "cool" par les jeunes de la communauté.

La communauté a créé un Comité de la santé, constitué de représentants élus, d'administrateurs et de professionnels de la santé. Ce Comité a reçu mandat du gouvernement et des autorités locales pour rédiger un plan communautaire de développement sanitaire. Après plusieurs séances de vifs débats, le Comité a décidé d'inclure dans ce plan le soutien au sevrage et à la prévention tabagiques. Y sont prévues des dispositions concernant le conseil et l'information publique en vue de l'appui au sevrage, à la prévention de l'initiation, et à la protection des personnes contre l'exposition involontaire à la fumée de tabac dans les lieux publics.

Cet exemple montre qu'une combinaison d'initiatives locales et d'appuis de la part de structures formelles et informelles est nécessaire pour s'attaquer au problème tabagique au niveau communautaire.

Les animateurs seront formés à déterminer :
- les objectifs à atteindre dans la communauté;
- les indicateurs qui permettront à la population d'évaluer les progrès accomplis dans la direction souhaitée;
- comment intéresser les membres d'une communauté et les amener vers les objectifs désirés;
- comment évaluer leurs progrès dans la direction souhaitée.

Toucher des communautés plus vastes

Les médias de masse constituent des solutions évidentes. On pourra les contenus les meilleurs possibles pour obtenir les changements énumérés à l'encadré *À quoi les communautés devraient-elles s'efforcer de parvenir ?* (voir p. 177).

Une autre option consiste à produire de petits kits de formation couvrant les domaines nécessaires à la bonne action communautaire. Ces matériels auront pour bases les étapes concrètes démontrées, et devront aborder tous les aspects mentionnés plus haut à la section sur les objectifs communautaires. On pourra également y ajouter les idées issues de la communauté elle-même.

Impliquer des personnes ou structures disposant de larges réseaux de relations dans les communautés est encore une autre approche à envisager. Il existe dans bien des pays un réseau d'agents de santé de terrain que l'on peut informer et mobiliser. Les écoles et les enseignants constituent aussi une ressource potentielle. De nombreux organismes extérieurs aux structures gouvernementales disposent de bons contacts à la base, et il sera peut-être possible de leur faire diffuser les réactions des communautés aux actions visant à réduire les effets nocifs du tabagisme.

Pour consolider les progrès et obtenir un effet maximum, quelques autres étapes sont nécessaires, parmi lesquelles :
- Assurer un progrès régulier et éviter les surchauffes, afin d'aider les communautés à gérer efficacement la lutte antitabac. Les attentes doivent rester réalistes, et les actions suffisamment espacées pour être faciles à soutenir.
- Prévoir un mode d'évaluation plus structuré que les mesures communautaires mentionnées plus haut. Il permettra de suivre systématiquement les progrès accomplis, ainsi que de repérer et de résoudre les insuffisances et faiblesses des interventions du programme. On pourra également en mesurer objectivement les effets sur certains indicateurs.

Les interventions "distantes"

Le contact direct n'est pas toujours possible dans les rapports avec les grandes communautés; en pareil cas, il faudra trouver des moyens moins coûteux, et élaborer d'autres méthodes pour amener des changements dans la communauté. Différentes stratégies sont possibles, dont on trouvera des exemples ci-dessous.

Conclusions

On a donné ici un bref résumé des approches possibles, en les entendant avant tout comme exemples et sources de débats et de mobilisation pour les communautés. La clé du succès réside dans la participation communautaire au processus qui consiste à mieux comprendre le tabagisme et à y répondre comme il se doit.

Le Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est a publié une brochure à ce sujet, *Prevention and cessation of tobacco use – a manual for clinic and community-based interventions (2)*. Elle décrit sous forme beaucoup plus détaillée le processus communautaire et la manière de l'amorcer, de le suivre et de le guider. L'OMS publiera dans un proche avenir des documents traitant des différentes interventions des programmes antitabac.

Références

1. Henningfield JE, Slade J (1998). *Tobacco-dependence medications: public health and regulatory issues*. Food Drug and Law Journal, 53, suppl:75–114.

2. *Prevention and cessation of tobacco use. A manual for clinic and community based interventions*. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, New Delhi, 2003.

Ressources

On trouvera ici des liens à certains sites qui donneront d'autres informations utiles aux gouvernements et autres pour mettre en place des programmes antitabac efficaces et les évaluer.

- L'Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac (TFI) propose sur son site Web des informations sur différents aspects de l'élaboration de politiques antitabac. On y accède en outre aux Bureaux régionaux de TFI. www.who.int/tobacco/en
- Le site gouvernemental australien www.quitnow.info.au propose en ligne un "livre de sevrage" en huit langues [autres que le français], ainsi que d'autres informations concernant le tabac, utiles aux fumeurs et aux professionnels de la santé.
- La Campaign for Tobacco Free Kids se consacre à protéger les enfants contre la dépendance tabagique et le tabagisme passif. Sur son site Web www.tobaccofreekids.org, elle donne des informations concernant la désinformation et les manipulations de l'industrie du tabac.
- Le site de la Société canadienne du cancer, www.cancer.ca, présente des informations sur l'arrêt du tabac, les effets nocifs de la fumée et le comportement des fumeurs.
- Le site antitabac des Centers for Disease Control and Prevention d'Atlanta (États-Unis d'Amérique), www.cdc.gov/tobacco, couvre les meilleures pratiques, la recherche, les normes du sevrage tabagique, les campagnes médias, les matériels éducatifs, les données de surveillance et d'évaluation concernant les programmes antitabac globaux visant à prévenir l'usage du tabac parmi les jeunes, la promotion du sevrage, et bien d'autres sujets.
- On trouvera sur le site de l'UICC GLOBALink, www.globalink.org, des informations concernant les initiatives antitabac dans le monde. Il propose en outre des fiches de

données sur des sujets comme le tabagisme passif, les jeunes et la cigarette, la Campaign for Tobacco Free Kids, ainsi que des fiches de la Banque Mondiale.

- Santé Canada présente sur son site www.gosmokefree.ca des informations sur tous les aspects de la lutte antitabac, et notamment un programme interactif d'auto-sevrage; des messages électroniques de sevrage sur 30 jours; un programme d'auto-sevrage destiné aux adolescents; des guides pour préparer et créer des bâtiments sans fumée; des directives pour la mise en place de lieux de travail sans fumée; des données sur les comportements des fumeurs; des informations et ressources sur la prévention du tabagisme; des ressources de formation destinées aux prestataires de services; des ressources de lecture critique des médias à l'intention des adolescents; des informations concernant la recherche et les meilleures pratiques; et les statistiques canadiennes de la fumée et du tabagisme. Ces informations sont disponibles en français et en anglais.
- Le site Web du Massachusetts Department of Health, www.trytostop.org, conseille les fumeurs qui souhaitent arrêter et propose un service d'enregistrement en ligne. Certaines informations de base sont disponibles en cambodgien, italien, coréen, portugais, chinois, russe, créole haïtien, et espagnol.
- Le site Web du National Clearinghouse on Tobacco and Health (Canada), www.ncth.ca, pourvoit aux besoins d'information des intermédiaires de la santé. Il sert de source de renseignements, de lieu d'échange de connaissances, et d'animateur de réseaux.
- www.wiredforhealth.gov.uk : ce site, appuyé par le Department of Health et le Department for Education and Skills (Royaume-Uni) présente aux enseignants et étudiants des informations en matière de santé. Ce site couvre de nombreuses questions, notamment le tabagisme, et propose des directives pour intégrer la lutte antitabac aux programmes scolaires. Il comporte en outre des liens vers d'autres sites interactifs, où l'on trouvera des ressources scolaires.

11

Mesures législatives et réglementaires

Les bonnes lois sont enfantées par les mauvaises mœurs.

—Macrobe

Une législation antitabac globale décidera du succès de tout programme antitabac. Depuis les années 1970, l'OMS a adopté une série de résolutions de plus en plus fermes appelant les gouvernements à prendre des mesures législatives pour endiguer l'épidémie de tabagisme. Ce processus a atteint son apogée avec la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, dont chaque partie, selon ses capacités, "*adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces [...] afin d'élaborer des politiques appropriées pour prévenir et réduire la consommation de tabac, l'addiction nicotinique et l'exposition à la fumée du tabac*" *(1)*. En appliquant une législation antitabac, les gouvernements reconnaissent que l'usage du tabac constitue un problème de santé publique important, et amorcent les changements culturels qui amèneront à une société sans tabac.

LE GUIDE INTRODUCTIF DE L'OMS À LA LÉGISLATION ANTITABAC

L'OMS a publié sous le titre de *Tobacco control legislation: an introductory guide* un document global qui vise à doter les décideurs politiques, les législateurs et les parties intéressées d'un instrument leur permettant d'élaborer et de mettre en œuvre des lois antitabac efficaces *(2)*. Il présente l'expérience internationale acquise tant dans les pays développés que dans ceux en développement, en y décrivant les manœuvres de l'industrie cigarettière ainsi que les pièges éventuels que peut comporter la législation. Sachant qu'il n'existe aucune formule universelle pour édicter des lois antitabac efficaces, ce guide décrit le processus législatif et propose des modèles de législations de nature à aider les pays à rédiger des lois adaptées à leur situation nationale propre, à leur système de gouvernement et à leur mode d'adoption des lois.

Le guide détaille chacune des étapes suivantes pour la mise en œuvre d'une législation nationale efficace :

- adapter précisément la législation au cadre juridique et politique du pays
- faire campagne en faveur de la législation
- élaborer les politiques
- rédiger la législation
- faire adopter la législation
- suivre et faire appliquer la législation
- évaluer la législation.

On trouvera dans le guide des conseils utiles à toutes les parties concernées par le processus législatif; il devrait constituer le principal ouvrage de référence pour tous ceux qui s'efforcent d'obtenir la mise en place de nouvelles législations antitabac, ou de faire modifier le droit existant. Une publication de l'Organisation panaméricaine de la Santé, *Developing legislation for tobacco control: template and guidelines*, vient compléter le guide. Il présente un schéma de législation établissant des lois antitabac globales, et détaille les éléments sur lesquels se fonde chaque disposition légale *(3)*. Ce chapitre n'a pas pour

but de répéter ce qui figure déjà dans ces publications, mais plutôt de s'y appuyer afin d'offrir des conseils pratiques aux pays qui souhaitent élaborer et mettre en application des législations antitabac.

MESURES LÉGISLATIVES DE LUTTE ANTITABAC

Les mesures législatives que recommande l'OMS dans le cadre d'un programme global de lutte antitabac sont résumées à l'Encadré 1. Le guide détaille chacune de ces mesures, et donne des exemples de juridictions qui les ont déployées. Bien sûr, la situation particulière d'un pays donné peut ne pas lui permettre d'adopter un programme global, et ce pays trouvera peut-être plus approprié d'élaborer sa législation de manière progressive.

Encadré 1. Résumé des mesures législatives antitabac

Mesures portant sur la demande et le comportement du consommateur :
- augmenter les taxes sur les cigarettes et leur prix;
- interdire la publicité, la promotion et le parrainage des cigarettes;
- avertissements sanitaires, mention des contenus en goudrons et nicotine;
- espaces publics, lieux de travail et transports sans fumée;
- programmes d'information publique et d'éducation scolaire.

Mesures portant sur l'offre :
- politiques agricoles (diversification des cultures, abolition des subventions, etc.);
- politiques commerciales et contrebande;
- restrictions sur l'accès des jeunes au tabac;
- réglementation des produits.

Autorisation des litiges[1] :
- autorisation des actions collectives ("class actions") dans les poursuites en matière de tabagisme;
- autorisation des poursuites d'intérêt public;
- suppression des coûts des poursuites en matière de lutte antitabac.

Sources : Assemblée mondiale de la Santé WHA39.14 *(4)*; Résolution WHA56.1; Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac *(5)*.

1 L'Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac a publié un document à propos du rôle des litiges dans la lutte antitabac : *Towards health with justice. Litigation and public inquiries as tools for tobacco control*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http:// www.who.int/tobacco/en/)

INFLUENCER LE LÉGISLATEUR

Les pays sont de plus en plus nombreux à appliquer des législations antitabac strictes. Pourtant, quel que soit le succès des mesures législatives prises par exemple au Canada et en Afrique du Sud, dans bien d'autres pays les législateurs n'ont pas su s'attaquer à la pandémie de tabagisme en dépit des preuves toujours plus accablantes de sa nocivité et des coûts économiques et sociaux immenses de l'usage du tabac. De plus, bien souvent, les législations antitabac ne sont pas parvenues à suivre le rythme du changement des attitudes générales vis-à-vis du tabac, notamment en ce qui concerne les lois sur les lieux sans fumée. L'industrie du tabac est une puissance qui dispose de techniques d'influence extrêmement élaborées et efficaces; il est donc très peu vraisemblable qu'un gouvernement édicte des dispositions antitabac sans une base solide établie par les partisans de la cause antitabac. Par conséquent, outre les faits scientifiques et économiques à l'appui des mesures antitabac, la communauté devra pouvoir faire pression sur le législateur afin qu'il agisse sur cette grave question.

Les démarches suivantes sont recommandées pour faciliter l'adoption d'une législation antitabac :

- identifier des leaders capables de mobiliser des soutiens en faveur de la lutte antitabac;
- établir un Comité national antitabac largement ouvert à des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, qui coordonnera toutes les actions antitabac;
- rassembler toutes informations utiles à propos du tabac, notamment les données de prévalence tabagique, la morbidité et la mortalité dues à des maladies liées au tabac, les coûts économiques et sociaux de l'usage du tabac, la législation existante et les parties intéressées;
- bâtir des alliances et des partenariats, à la fois au niveau national et au niveau international;
- informer les décideurs et les personnalités politiques, ainsi que le grand public, de l'étendue du problème tabagique.

L'exemple de la Thaïlande illustre bien comment mobiliser le soutien public en faveur d'une législation antitabac[2].

En 1992, la Thaïlande a adopté deux textes novateurs de législation antitabac : la Loi réglementant les produits du tabac, qui interdit toute forme de publicité et de promotion du tabac, et la Loi de protection des non-fumeurs, qui interdit de fumer dans les bâtiments publics. Ces lois ont certes été édictées dans des circonstances très particulières, par un gouvernement non élu et à la suite d'un coup d'État militaire, mais cela n'ôte rien à leur caractère exemplaire comme résultat d'une approche stratégique coordonnée visant à influencer le législateur.

2 Ce passage emprunte à Vaughan J, Collin J, Lee K *(8)*.

"Grâce à un marketing social dynamique, à des actions employant des spécialistes des médias et impliquant des personnalités marquantes dans pratiquement tous les secteurs, les ONG [thaïlandaises] ont transformé le mouvement antitabac en une forme de mobilisation sociale qui a eu un effet durable sur la conscience de toute la société au sujet de la lutte antitabac." *(6)*

À l'époque où ces lois ont été promulguées, le mouvement antitabac thaïlandais était à peine né. En 1986, un groupe d'éminents médecins avait créé un Projet thaïlandais de campagne antitabac (aujourd'hui ASH Thailand), avec l'appui d'un certain nombre d'ONG spécialisées dans les questions de santé. Malgré un budget limité, ASH Thailand a su utiliser les médias pour faire passer des messages contre la cigarette et obtenir un large soutien afin que soient prises des mesures antitabac. L'une des stratégies les plus efficaces a consisté à réunir des médecins et des personnes ayant l'expérience des médias, combinant ainsi les compétences médicales et en communication pour transmettre des messages sanitaires avec une répercussion maximum dans les médias. Des pétitions furent également lancées pour sensibiliser les populations aux problèmes du tabagisme, et six millions de Thaïlandais signèrent une pétition de cette nature en 1987.

Grâce à de solides alliances stratégiques, le mouvement antitabac thaïlandais s'est assuré une influence réelle à long terme sur l'ensemble de la société. Parmi ces alliances, les principales ont été constituées avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, des agences de santé, des entreprises, des institutions de recherche et des organes religieux. Le mouvement a de plus obtenu le soutien de militants antitabac du monde entier, dont l'Asia Pacific Association for the Control of Tobacco (APACT) et l'OMS.

Le mouvement antitabac thaïlandais a en outre mis en œuvre les grandes stratégies suivantes *(7, 8)* :

- tirer parti de l'expérience législative réussie d'autres pays (la Loi réglementant les produits du tabac s'inspire de la législation canadienne);
- tirer parti du sentiment nationaliste (renforcé par une décision de 1990 dans le cadre du GATT[3], jugeant illégale l'interdiction de l'importation de cigarettes en Thaïlande);
- tirer parti du débat sur l'importation de cigarettes étrangères pour soulever des questions de santé;
- établir des relations directes avec les ministres et hauts fonctionnaires de l'État;
- comprendre le climat politique et tirer le meilleur profit possible du système, par exemple en exploitant le sentiment de "culpabilité" des membres d'un gouvernement non élu;
- utiliser des personnages publics influents comme porte-paroles.

Le cas de la Thaïlande témoigne ainsi que, avec des moyens limités, le mouvement antitabac peut éveiller la conscience des populations et provoquer l'action législative, en communiquant de façon efficace et en passant des alliances.

3 Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce, aujourd'hui l'OMC.

INSTRUMENTS ET STRATÉGIES POUR L'APPLICATION ET LE RESPECT DE LA LÉGISLATION

En adoptant une législation antitabac, les pouvoirs publics font preuve d'un certain degré d'engagement pour réduire les conséquences néfastes de la consommation de tabac sur les citoyens du pays. Pourtant, il ne suffit pas de voter des lois, car elles resteront sans effet à moins que les intéressés la connaissent et la respectent, et que des sanctions soient prévues en cas de violation. Dans sa conception, cette législation devrait être d'application volontaire, et appuyée par un engagement de maintenir durablement un programme d'information, de mise en œuvre, de suivi et de répression. Ces points sont traités ci-dessous.

Mise en œuvre

Une loi sera d'autant mieux appliquée qu'elle sera connue des intéressés, et qu'ils sauront comment la respecter. Il est donc essentiel que la promulgation d'une loi s'accompagne d'une campagne d'information, notamment si la loi s'applique à une fraction importante de la population (comme les lois non-fumeurs) ou des entreprises (comme les lois sur la publicité et l'exposition des produits du tabac). Le succès d'une campagne de communication permet de réduire les dépenses d'application active, dans la mesure où elle favorisera le respect volontaire de la loi.

L'étendue de la campagne dépendra de la nature de la loi et des ressources disponibles. L'Encadré 2 résume les principales composantes d'une campagne de communication de AU$ 200 000 menée par le gouvernement de l'État de Victoria (Australie), au moment d'appliquer une législation sur les bars sans fumée et les jeux, en septembre 2002. Si tous les gouvernements n'ont pas les moyens de mener une campagne aussi complète, l'utilisation stratégique des médias (traitée plus en détail au Chapitre 9) et la diffusion d'informations par le biais des réseaux d'entreprises existants peuvent constituer des méthodes efficaces et peu coûteuses de faire connaître les nouvelles lois tant aux entreprises qu'au grand public. Ainsi, l'un des moyens les plus efficaces mis en œuvre à Victoria pour diffuser l'information a consisté à créer un groupe consultatif très ouvert, constitué des grands employeurs, des associations patronales, des organismes de santé, des syndicats, des autorités de police et d'autres départements ministériels concernés. Tout en donnant son avis sur la manière dont le gouvernement pouvait répondre aux besoins de communication des entreprises et du grand public, les membres de ce comité ont joué un rôle important pour diffuser l'information sur les lois par l'intermédiaire de colloques et bulletins d'entreprises. L'une des fonctions clés du groupe a consisté à faire remonter des renseignements sur de possibles problèmes d'application, ce qui a permis de les résoudre à leur stade initial.

Encadré 2. Principales composantes de la campagne de communication sur l'application de la législation sur les bars sans fumée et les jeux, menée par le gouvernement de l'État de Victoria

- Création d'un groupe consultatif composé des principales parties intéressées.
- Distribution, dès la promulgation des lois, de fiches de données (en anglais et cinq langues communautaires) résumant les dispositions de la loi à l'intention du groupe consultatif et du grand public.
- Publication d'une brochure complète détaillant les lois et leur mode d'application. La brochure fut expédiée gratuitement à toutes les entreprises concernées (environ 5 000) six semaines avant l'entrée en vigueur des lois.
- Fourniture de matériels et appui aux associations patronales afin de leur permettre de former leurs membres.
- Séances de formation animées par des fonctionnaires du gouvernement à l'intention des associations patronales et des entreprises.
- Campagne publicitaire à la radio et dans la presse écrite, destinée aux communautés et aux entreprises, dans les médias généralistes et multiculturels.
- Séminaires de formation aux nouvelles lois à l'intention des fonctionnaires chargés de leur application. Ces derniers ont été dotés de financements afin de rendre visite aux établissements concernés et d'y dispenser une information.
- Ligne de renseignements téléphoniques et site Web : http://www.tobaccoreforms.vic.gov.au/

Le succès de la campagne de communication victorienne a été confirmé par des enquêtes avant/après, qui ont conclu à un taux de connaissance des lois élevé au sein des entreprises et de la population générale. Il a notamment pu être montré que la campagne avait sensiblement amélioré la connaissance des détails des nouvelles lois, et des exigences imposées aux entreprises pour y satisfaire.

Dans les pays en développement aussi, il est possible de réussir une campagne de communication. Une campagne menée aux Îles Fidji en 1999 a par exemple repris nombre des techniques employées à Victoria. La campagne fidjienne comprenait des publicités télévisées et radiophoniques en trois langues, des affiches sur les effets de la fumée de tabac, une brochure au format de poche résumant la législation antitabac, et des autocollants portant des slogans non-fumeurs et contre la vente aux mineurs. Ces matériels étaient distribués dans les établissements du ministère de la santé, les écoles, les transports publics et les détaillants de tabac *(11)*.

Application

Dans les juridictions où la législation antitabac a contribué à modifier la norme sociale vis-à-vis de l'acceptabilité du tabac, de nombreux types de dispositions législatives s'avèrent être d'application volontaire. Par exemple, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis d'Amérique, où les lois antitabac jouissent d'une grande popularité, on a constaté une évolution des comportements collectifs, les fumeurs se retenant volontairement dans les zones non-fumeurs. En revanche, l'application des lois antitabac au Mozambique ou

en Côte d'Ivoire a été tout autre : en l'absence de toute clause répressive, ces lois sont restées largement ignorées. D'autres types de lois, comme celles qui interdisent la vente de produits du tabac aux mineurs, ont échoué pratiquement partout en l'absence de répression *(12, 13)*. Les juridictions disposent de différentes stratégies pour assurer que la loi soit à la fois applicable et appliquée : elles sont résumées à l'Encadré 3.

Encadré 3. Conseils pour l'application effective de la législation

Lors de la rédaction de la législation

- Énoncer clairement les violations, et les peines encourues en cas de violation.*
- Les peines devront être suffisantes pour être dissuasives, et proportionnées à l'infraction. Penser à la progressivité des peines et aux incitations au respect de la loi, par exemple le retrait de licence de vente.*
- Penser à des amendes forfaitaires pour éviter la durée et le coût des poursuites.
- Définir clairement qui sera chargé de faire appliquer la loi. Choisir avec soin l'autorité en question (la police risque d'avoir d'autres priorités). Envisager la mise en place d'un organisme d'application. L'emploi de volontaires de la communauté peut renforcer l'implication de celle-ci dans l'application de la loi.
- Consulter des fonctionnaires chargés de l'application pour repérer les failles possibles du dispositif.
- Préciser explicitement les pouvoirs des agents chargés de l'application, par exemple le droit de procéder à des saisies.
- Faire en sorte que la loi soit facile à respecter : exiger par exemple l'apposition de panneaux et le retrait des cendriers dans les zones non-fumeurs.*
- Rédiger la législation en termes clairs.*
- Éviter les dérogations ou les réduire à un minimum. Toute dérogation devra être d'application aisée.*
- Tenir compte des manœuvres de l'industrie du tabac pour contourner la législation.

Lors de la conception de la politique d'application :

- Assurer un financement suffisant aux agents chargés de l'application (penser à des sources de financement particulières, comme les taxes sur le tabac, les redevances des licences ou les actions en justice contre l'industrie du tabac).
- Former les agents chargés de l'application à tous les aspects de la loi (comme la collecte de preuves) et des lois en rapport. Un protocole d'application écrit pourra être utile en vue d'assurer l'homogénéité des pratiques en la matière.
- Prévoir une phase d'introduction mettant l'accent sur l'éducation avant l'application stricte de la loi.
- Prévoir un financement pour l'éducation des parties concernées, entreprises, grand public et fumeurs. Les agents chargés de l'application devront tenir un rôle d'éducation autant que de répression.
- Impliquer la communauté dans les mesures d'application, par exemple en ouvrant une ligne téléphonique réservée aux plaintes.
- Prévoir des vérifications régulières de conformité en plus des suites réservées aux plaintes.
- Rester vigilant quant aux réactions de l'industrie à la loi.

* Ces mesures, bien expliquées aux entreprises et au public, contribueront à l'application volontaire de la loi.

Source : Karugaba P *(15)*; Barnsley K, Jacobs M *(16)*.

Il ne faudra pas sous-estimer la capacité de l'industrie du tabac à contrecarrer l'application concrète de la législation antitabac. Les personnes impliquées dans le processus législatif devront étudier l'expérience des autres juridictions qui auront tenté d'édicter et d'appliquer des législations antitabac, afin d'anticiper sur certains des obstacles que dresseront les cigarettiers par leurs manœuvres. Au Venezuela par exemple, après l'interdiction de la publicité sur les panneaux d'affichage, l'industrie a employé des panneaux mobiles. Récemment, en Afrique du Sud, les industries cigarettières ont mis à profit l'ambiguïté du texte imposant un seul signe publicitaire des produits du tabac dans chaque point de vente pour y mettre en place des signes multiples. Ces exemples montrent bien la nécessité de surveiller comment la législation est réellement appliquée, et notamment comment l'industrie y réagit, afin de prendre les mesures de suivi nécessaires, allant jusqu'à amender la législation. Bien sûr, il serait préférable d'éviter ces failles dès l'origine, et la section suivante traite de cette question en s'appuyant sur les compétences et l'expérience internationales.

EXPLOITER L'EXPÉRIENCE LÉGISLATIVE INTERNATIONALE

Toute juridiction qui cherche à introduire des mesures législatives antitabac se heurte à des obstacles uniques dérivant de sa culture, de son système de gouvernement, de son processus de législation et d'autres circonstances particulières. Par exemple, des pays producteurs de tabac comme le Zimbabwe rencontrent dans la lutte antitabac des problèmes différents de ceux du Japon, où l'État possède en tout ou en partie l'industrie du tabac. Néanmoins, les juridictions qui partagent cette ambition connaissent souvent des difficultés semblables, comme les tentatives des cigarettiers de prévenir ou de contourner la loi. Ces juridictions pourront donc trouver utile d'examiner les expériences (succès et échecs) des autres pays.

La cause des défenseurs de la lutte antitabac se renforce singulièrement dès lors qu'ils peuvent présenter les succès rencontrés par l'introduction de mesures législatives similaires dans une autre juridiction. Comme on l'a vu plus haut, les antitabac thaïlandais ont fait valoir que leur législation se calquait sur le modèle de la réussite canadienne en la matière. Or le succès des mesures législatives en Thaïlande a par la suite servi d'argument pour pousser à des lois analogues dans d'autres pays d'Asie du Sud-Est. Les comparaisons des législations antitabac entre différentes juridictions peuvent en outre déboucher sur une saine concurrence, les juridictions jouant à "saute-mouton" entre elles en introduisant successivement des initiatives antitabac de plus en plus complètes *(12)*. C'est ce qui s'est produit en Australie, où les gouvernements des États et territoires ont promulgué successivement des législations toujours plus contraignantes, comme la loi sur la publicité dans les lieux de vente. Aux États-Unis d'Amérique, les comparaisons entre législations des différents États sont facilitées par l'existence de deux indicateurs élaborés par le National Cancer Institute, mesurant dans chaque État les lois sur l'accès des jeunes au tabac et sur les lieux clos non-fumeurs (http://www.scld-nci.net/scld_tobaccoratings.cfml).

Les bases de données législatives constituent un bon point de départ pour étudier les mesures antitabac en vigueur de par le monde. Un certain nombre d'entre elles peuvent être

exploitées pour se procurer des informations détaillées quant aux législations antitabac; les plus utiles sont actuellement :

- Globalink (http://www.globalink.org/tobacco/docs/) : elle est indexée par région géographique et propose des liens vers de nombreux textes législatifs spécifiques;
- TobaccoPedia (http://www.tobaccopedia.org/) : indexée par sujet, elle donne des exemples de législations employées pour s'attaquer à divers aspects de la lutte antitabac comme la publicité ou les zones non-fumeurs.

Il existe en outre diverses bases de données qui résument les législations antitabac prises au niveau infra-national, telles que :

- American Non-smokers' Rights Foundation (http://www.no-smoke.org/lists) : base de données des ordonnances locales antitabac;
- State Cancer Legislative Database Program, Tobacco Use Laws (http://scld-nci.net/) : propose des résumés de la législation aux États-Unis d'Amérique;
- La base de données de Lois canadiennes sur le tabac (http://www.ncth.ca/CCTCLAWweb.nsf/MainFrameSet_FR?OpenFrameSet) : elle contient les principaux textes de lois fédéraux, provinciaux et territoriaux, et propose en outre des études de cas ainsi que des informations concernant les nouveaux développements et l'expérience acquise.

Toutefois, les écrits qui constituent la législation n'épuisent pas le sujet. Au-delà des lois, règlements et ordonnances se tient l'expérience pratique avec la mise en œuvre, l'application, l'opposition de l'industrie du tabac et les dispositions législatives, qui ont permis ou non d'obtenir les résultats souhaités. Il est donc primordial que les juridictions qui cherchent à promulguer une législation antitabac communiquent avec les principaux acteurs des juridictions ayant déjà appliqué de telles réformes, pour tirer parti de leur expérience.

CONCLUSION

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac reconnaît que la législation représente une composante importante du programme antitabac de toute juridiction, et appelle les Parties à adopter des mesures législatives afin de combattre l'épidémie de tabagisme. Le parcours législatif peut être long, ardu et semé d'embûches, avec notamment les manœuvres de l'industrie du tabac tendant à éviter, affaiblir ou saper la législation. Il est à espérer que les conseils figurant dans ce chapitre et les éléments détaillés du Guide permettront aux juridictions du monde entier de relever ces nombreux défis, et de mettre en œuvre une législation antitabac efficace dans le cadre de leur programme antitabac.

Références

1. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/tobacco/en/)

2. *Tobacco control* legislation*: an introductory guide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

3. *Developing legislation for tobacco control: template and guidelines*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2002 (http://www.paho.org/English/HPP/HPM/TOH/tobacco_legislation.pdf)

4. WHA39.14. Tabac ou santé. In : *Trente-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Genève 5–16 mai 1986. Volume I. Résolutions et décisions, et liste des participants*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (WHA39/1986/REC/1).

5. WHA56.1. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. In : *Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19–28 mai 2003. Volume I. Résolutions et décisions, et liste des participants.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHA56/2003/REC/1).

6. *Towards health with justice. Litigation and public inquiries as tools for tobacco control*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/tobacco/en/).

7. Chantornvong S, McCargo D. Political economy of tobacco control in Thailand. *Tobacco Control*, 2001, 10:54.

8. Vaughn J, Collin J, Lee K. *Case study report : global analysis project on the political economy of tobacco control in low and middle-income countries*. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2000.

9. Vateesatokit P. Thai tobacco control development through strategic alliances. *Development Bulletin*, 2001, 54: 63–66 (http://devnet.anu.edu.au/db54.htm)

10. Chantornvong S, McCargo D. Political economyof tobacco control in Thailand. *Tobacco Control*, 2001, 10:48–54.

11. Cornelius M. Tobacco control: The Fiji experience. *Development Bulletin*, 2001, 54: 69–71 (http://devnet.anu.edu.au/db54.htm).

12. Forster J, Wolfson M. Youth access to tobacco: policies and politics. *Annual Review of Public Health*, 1998, 19: 203–35.

13. Ohmi H et al. The centenary of the enactmentof the law prohibiting minors from smoking in Japan. *Tobacco Control*, 2000, 9:258–260.

14 . Wakefield M, Chaloupka F. Improving the measurement and use of tobacco control 'inputs'. *Tobacco Control*, 1998, 7: 333–335.

15. Karugaba P. Issues characterizing effective tobacco control legislation. Paper presented at the 2nd National Consensus Building Workshop on the Review of the Control of Smoking Act 1992, Francistown, Botswana, 25 avril 2002 (http://tean.globalink.org/Botswanaissues.html).

16. Barnsley K, Jacobs M. >orld's best practice in tobacco control. *Tobacco Control*, 2000, 9:228–236.

Bibliographie

Chollat-Traquet C. *Évaluation de la lutte antitabac : exemples concrets et principes directeurs*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.

Banque mondiale. *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf).

Developing legislation for tobacco control: template and guidelines. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2002 (http://www.paho.org/English/HPP/HPM/TOH/tobacco_legislation.pdf).

Efroymson D. *Guide PATH Canada : Loi pour la régulation du tabac*. PATH Canada, 2001 (http://www.pathcanada.org/library/docs/LawFrench.pdf).

Jacobson P, Wasserman J, Raube K. The politics of antismoking legislation. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1993, 18:4:787–819.

Jacobson P, Wasserman J, Raube K. *The political evolution of anti-smoking legislation*. Santa Monica, CA, RAND, 1992.

Jha P, Chaloupka F, éds. *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2000.

Roemer R. *L'action législative contre l'épidémie mondiale de tabagisme*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.

12

Étude des mesures économiques et des initiatives de financement

Aucun impôt n'est jamais hors des valeurs, ni éthiquement neutre, ni moralement indifférent.

—Anon.

INTRODUCTION

Parmi tous les problèmes de santé publique, l'épidémie de tabagisme fait figure d'exception. Le tabac et les produits du tabac sont des produits de consommation très courants et hautement appréciés, et l'usage du tabac est considéré comme acceptable dans de nombreuses cultures. Plusieurs pays possèdent ou subventionnent l'industrie nationale du tabac, et les revenus tirés du tabac constituent une part non négligeable de l'économie de bien des pays. Les aspects économiques de la production et de la consommation de tabac doivent donc jouer un rôle central dans l'élaboration de stratégies visant à en réduire l'usage. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT OMS) met en avant des mesures économiques globales et synergiques qui ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire la consommation de tabac, et souligne que les pays en développement ont besoin de ressources financières pour pouvoir prendre des mesures en ce sens.

Ce chapitre présente des éléments de base concernant les principales questions économiques de la lutte antitabac. Il décrit la relation entre les prix et la consommation de tabac, et les principales étapes de l'introduction ou de l'augmentation des taxes et prix du tabac, que les pays pourront adapter à leur situation socioéconomique et politique propre; il traite en outre des initiatives financières pour la lutte antitabac. On trouvera davantage de détails sur ces questions économiques dans les publications et sur les sites Web suivants :

1. Banque mondiale. *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf)
2. Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2000 (http://www.worldbank.org/tobacco/tcdc.asp).
3. Banque Mondiale. Economics of tobacco control toolkit (http://worldbank.org/tobacco/toolkit.asp).

ÉLÉMENTS SUR LES PRIX ET LA CONSOMMATION DU TABAC

Accroître les prix du tabac et des produits à base de tabac est, à lui seul, le moyen le plus efficace de réduire la consommation. Une augmentation de 10% du prix des cigarettes dans le monde réduirait la consommation à hauteur de 5% dans les pays à hauts revenus, et de 8% dans les pays à revenus faibles et moyens. Les pays à revenus faibles et moyens sont les plus réactifs aux hausses de prix. *(1)*

À retenir :

L'augmentation des prix du tabac et des produits du tabac est à elle seule la mesure la plus efficace pour réduire la consommation.

Pourtant, les gouvernements sont souvent réticents à augmenter les taxes sur le tabac et les produits du tabac, dans la conviction erronée qu'agir ainsi conduirait à une baisse de leurs recettes. Or l'expérience prouve que la hausse des taxes sur les cigarettes ne réduit pas les recettes fiscales à moyen et long terme. En fait, une hausse des taxes qui accroîtrait de 10% le prix des cigarettes dans le monde se traduirait par un accroissement des recettes d'environ 7% en moyenne *(2)*. En Chine, une hausse des taxes sur les cigarettes de 10% réduirait la consommation de 5% et augmenterait les recettes de 5% – ce qui suffirait à financer un paquet de services de santé essentiels pour un tiers des 100 millions de Chinois les plus pauvres *(3)*. Palaos a récemment réinstauré sa hausse de taxation sur les cigarettes, après avoir constaté que la précédente baisse avait abouti à une forte réduction des recettes de l'État *(4)*. Le Tableau 1 montre les effets potentiels sur la consommation de tabac d'une hausse de 10% du prix du tabac, qui conduirait à réduire de 42 millions le nombre des fumeurs dans le monde, et donc à sauver 10 millions de vies. Par contraste, des mesures non financières réduisant la prévalence tabagique de 2% n'auraient que la moitié de l'effet d'une hausse des prix de 10%, en réduisant de 23 millions le nombre des fumeurs et de 5 millions seulement le nombre des décès. Il est donc clair que l'augmentation des prix du tabac dans le cadre d'une approche globale de la lutte antitabac sera très efficace pour réduire la consommation, tout en augmentant les recettes de l'État.

Les chiffres montrent que les prix des cigarettes tendent à être plus élevés dans les pays les plus riches, et notamment dans ceux qui mènent des programmes antitabac d'envergure *(5)*, ce qui a apparemment contribué à une forte réduction de la consommation en dépit de

Tableau 1. Effet potentiel d'une hausse des prix de 10%, et d'un ensemble de mesures non financières

Pays	Nombre de fumeurs (en millions)		Nombre de décès (en millions)	
	hausse des prix 10%	mesures non financières réduisant la prévalence de 2%	hausse des prix 10%	mesures non financières réduisant la prévalence de 2%
Revenus faibles/ moyens	-38	-19	-9	-4
Revenus élevés	-4	-4	-1	-1
Monde	-42	-23	-10	-5

Source : Jha et Chaloupka *(1)*

la moindre élasticité-prix de ces économies prospères. En revanche, dans bien des pays en développement, les prix du tabac et des cigarettes n'ont pas suivi ceux des autres biens et services, rendant ces produits plus abordables. Par exemple, en Indonésie, aux Philippines et au Venezuela, le nombre de minutes de travail nécessaires pour acquérir un paquet de cigarettes est sensiblement inférieur à celui nécessaire à l'achat d'un kilo de pain *(5)*. En outre, les taxes ne représentent que moins de la moitié du prix de détail des cigarettes dans les pays en développement, alors qu'elles y interviennent pour plus des deux tiers dans les pays développés. Il n'est donc pas surprenant que les pays en développement et en transition comptent pour 84% des fumeurs dans le monde *(6)*.

Il existe ainsi dans le monde en développement des marges considérables d'augmentation des taxes sur les cigarettes. Des données encore éparses, mais de plus en plus abondantes, indiquent que les fumeurs des pays en développement réagissent davantage aux hausses de prix que ceux des pays développés . De plus, des études menées dans les pays développés et dans plus sieurs pays en développement montrent que les jeunes, les pauvres et les moins instruits sont plus réactifs aux hausses de prix que les plus âgés, les plus aisés et les plus instruits. Par conséquent, une hausse des prix des cigarettes obtenue par l'accroissement des taxes protégerait sans doute davantage les jeunes et les économiquement faibles contre les méfaits du tabagisme.

Un autre argument fréquemment invoqué à l'encontre d'un alourdissement de la taxation du tabac et des produits du tabac est celui de l'augmentation de la contrebande. Pourtant, des études de la Banque mondiale *(7)* soulignent que les déterminants de la contrebande vont bien au-delà des prix. En appliquant des indicateurs de corruption fondés sur l'index de Transparency International, la Banque a ainsi démontré que le niveau de la contrebande augmentait avec le degré de corruption du pays. Par exemple, les pays scandinaves appliquent des taxes sur les cigarettes qui sont parmi les plus élevées du monde; or en dépit de leur prix élevé, la contrebande des cigarettes est pratiquement inexistante. À l'opposé, les cigarettes sont relativement bon marché en Italie, en Espagne et dans différents pays d'Europe centrale et orientale, alors que la contrebande y est généralisée.

On estime que la contrebande représente quelque 6% à 8,5% de la consommation mondiale de cigarettes. Dans certains pays comme le Bangladesh, le Cambodge, la Colombie, la Lettonie, le Myanmar et le Pakistan, elle atteint 30% à 53% des ventes nationales (estimations pour 1995) *(1)*. Certains éléments laissent penser que l'industrie du tabac pourrait être impliquée dans le trafic de cigarettes dans un certain nombre de pays *(8)*. Elle en retire également un bénéfice indirect : lorsque des produits à base de tabac entrent illégalement dans un pays, les barrières commerciales sont de fait contournées *(9)*. En outre, les cigarettes de contrebande étant souvent moins chères que leurs équivalents licites, leur disponibilité accroît la consommation et donc les ventes totales de l'industrie *(10)*. D'autre part, la contrebande prive les États de recettes. On estime ainsi qu'un seul camion de cigarettes de contrebande échappe à US$ 1,2 million de taxes dans l'Union européenne *(11)*. Il est donc dans l'intérêt des gouvernements de combattre la contrebande en adoptant des politiques qui rendent "moins rentable, plus difficile et plus coûteux de pratiquer la contrebande", par exemple par l'emploi de timbres fiscaux voyants, de numéros de série, de marques spéciales sur les emballages, d'avertissements de santé dans les langues locales, de meilleurs systèmes de suivi et d'une bonne gouvernance *(1)*. Il s'agit

là de la principale mesure de réduction du tabagisme par l'offre. Et même en présence de la contrebande, augmenter les taxes sur les cigarettes aboutit à un accroissement des recettes et à une diminution de la consommation *(1)*.

L'EMPLOI DE MESURES ÉCONOMIQUES CONTRE L'USAGE DU TABAC

Évaluer et établir les faits

Si la communauté antitabac connaît bien les arguments qui plaident pour l'emploi de mesures économiques contre l'usage du tabac, ce n'est pas le cas de nombreux responsables gouvernementaux et décideurs politiques. Pour obtenir le soutien de ces acteurs essentiels, il convient de faire le lien entre des données techniques et des politiques spécifiques. Il est donc absolument indispensable d'utiliser des données locales, puisque ces décideurs devront être convaincus que des mesures économiques telles qu'une hausse de la taxation produiront un résultat positif pour l'économie de leur pays dans son ensemble.

Mythes et réalités à propos du tabac et des taxes

MYTHE : Les taxes sur les cigarettes sont déjà très élevées dans la plupart des pays.

RÉALITÉ : Dans la plupart des pays à revenus élevés, les taxes représentent au moins les deux tiers du prix de détail des cigarettes. Dans les pays à faibles revenus, elles n'en représentent que moins de la moitié. Ce qui implique qu'*il existe encore des marges considérables pour alourdir la taxation du tabac dans bien des pays à faibles revenus*.

MYTHE : Les gouvernements perdront des recettes en cas de hausse des taxes sur les cigarettes, car il se vendra moins de cigarettes.

RÉALITÉ : Même considérables, les hausses des taxes réduiront la consommation *tout en augmentant les recettes fiscales*, car les fumeurs réagissent assez lentement aux augmentations de prix. L'expérience concrète de plusieurs pays prouve que l'alourdissement de la taxation du tabac génère des recettes supplémentaires pour les caisses de l'État.

MYTHE : La contrebande efface les effets bénéfiques des hausses de taxes sur le tabac.

RÉALITÉ : Même en présence de contrebande, les données établies dans plusieurs pays montrent que les hausses des taxes ont toujours pour effet d'augmenter les recettes et de réduire la consommation. Les gouvernements peuvent en outre adopter des politiques efficaces pour combattre la contrebande.

Source : Jha et Chaloupka *(12)*

L'importance relative du tabac pour le pays

Afin d'influencer les programmes et la formulation de politiques antitabac, il est essentiel de disposer d'informations de base. Il faut des capacités techniques pour compiler et analyser les données et statistiques sanitaires et économiques, déterminer l'état présent de la taxation et des prix du tabac, les conséquences économiques de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme, et les avantages relatifs des mesures antitabac pour l'économie. En outre, dans les pays qui ont pris des mesures économiques en vue de réduire la consommation de tabac, des compétences techniques seront nécessaires pour évaluer et affiner les stratégies antitabac existantes.

Le poids de l'industrie du tabac dans un pays se reflète dans les statistiques du commer ce et de l'agriculture. Un pays exportateur net (de cigarettes ou de feuilles de tabac) tirant des revenus importants de cette activité et employant une main-d'œuvre considérable dans la confection de cigarettes pourra éprouver des difficultés à proposer des mesures antitabac.

À partir des informations de base sur l'industrie du tabac, on pourra déduire les intérêts du gouvernement investis dans le secteur du tabac. Par exemple, si la production locale de tabac est un monopole d'État qui engendre des revenus importants pour l'économie nationale, il risque d'être plus difficile d'obtenir le soutien du gouvernement à la lutte antitabac. En revanche, certains épisodes ponctuels montrent que les gouvernements qui contrôlent la production et la distribution du tabac sont en mesure de mettre en œuvre plus rapidement certaines interventions antitabac, par exemple en alourdissant la taxation du tabac afin d'en augmenter les recettes. Peut-être sera-t-il plus épineux d'obtenir de ces gouvernements qu'ils instaurent des mesures antitabac pour protéger la santé des populations; pourtant, l'évidence des charges financières à long terme dérivant des maladies liées au tabac, de nature à balayer tout revenu tiré de la production de tabac, pourra convaincre certains décideurs clés de considérer la lutte antitabac comme un investissement avisé pour le bien-être à venir du pays. Cette analyse est essentielle, et ses conclusions devront être rendues publiques.

Le Tableau 2 indique à quel degré les budgets de certains pays en développement dépendent des recettes du tabac *(13)*.

Tableau 2. Taxes sur le tabac en pourcentage des recettes totales de l'État

Pays	% des recettes publiques totales
République démocratique du Congo (ex-Zaïre)	26,0
Malawi	17,0
République-Unie de Tanzanie	16,0
Chine	9,0
Kenya	9,0
Nigéria	8,0
Tunisie	6,0
Égypte	6,0
Zimbabwe	5,0
Éthiopie	4,0
Afrique du Sud	2,0
Algérie	0,2

Source : Townsend *(13)*

Les données suivantes seront indispensables à la formulation d'approches stratégiques pour la lutte antitabac :

- importations et exportations de cigarettes;
- importations et exportations de feuilles de tabac;
- production de cigarettes;
- production de feuilles de tabac;
- superficies en tabac, rapportées à la surface agricole utile;
- emploi total dans la culture et la transformation du tabac;
- statut de la transformation locale : entreprise privée, entreprise d'État, monopole ou marché concurrentiel;
- volumes de ventes des marques nationales;
- recettes annuelles engendrées, versements à l'État par les entreprises nationales, impôt sur les sociétés, ainsi que contributions indirectes et autres taxes.

Tabac et contributions indirectes

Les contributions indirectes perçues sur le tabac et les produits à base de tabac déterminent les recettes que l'État retire de ces marchandises. Dans bien des pays, ces contributions représentent une source financière importante (voir Tableau 3). Elles constituent par exemple plus de 5% de l'ensemble des recettes fiscales au Brésil, en Grèce et au Népal *(14)*. Étant le premier produit à base de tabac, les cigarettes engendrent plus de 90% des contributions totales sur le tabac. La comparaison des prix d'un paquet de 20 cigarettes standard dans les différents pays met en évidence une marge de progression des taxes dans de nombreux pays, notamment en développement.

Les principales données nécessaires pour bien comprendre le fonctionnement des contributions indirectes sont les suivantes :

- total des recettes budgétaires issues du tabac (contributions indirectes, taxes de vente, droits à l'importation, autres droits, taxes et droits spéciaux);
- total des recettes issues du tabac, rapportées à l'ensemble des recettes budgétaires;
- répartition des contributions indirectes entre production nationale et importations;
- prix de détail des marques nationales et étrangères;
- comparaison de l'indice des prix des produits du tabac avec l'indice général (ces renseignements sont à chercher dans l'indice des prix à la consommation, généralement publié par les ministères du commerce ou les instituts de statistique).

Tableau 3. Contributions indirectes sur le tabac dans certains pays européens

No.	Pays	Contributions indirectes	Taxes de vente	Droits d'importation
1.	Albanie	8,5 UCL/20 cigs	22%	25%; droit de douane 1% – importations de Bosnie-Herzégovine
2.	Allemagne	92,2 UCL/1000 cigs; 21,96% du PD	16%	—
3.	Arménie	4,3 US$/1000 cigs filtre 2,2 US$/1000 cigs sans filtre	20%	10%
4.	Autriche	246 UCL/1000 cigs ou 42% du PD	20%	—
5.	Azerbaïdjan	50%	15%	
6.	Bélarus	1,8 EUR/1000 cigs filtre 0,8 EUR/1000 cigs sans filtre 0,5 EUR/1000 cigs papirossi	20%	30% (min 3 EUR/1000cigs); ex-URSS et PVD exemptés. Autres droits import : 0,15%; 22,5% sur importations provenant des PVD
7.	Belgique	521 UCL/1000 cigs; 47,36% du PD	21%	—
8.	Bosnie-Herzégovine	0,88–2,3 UCL/paquet selon teneur en goudrons	20%	15%; autres droits import 1%
9.	Bulgarie	30% et 2000UCL/1000 cigs filtre; 10% et 1000 UCL/1000 cigs sans filtre	20%	68% (min 13,1 EUR/1000 cigs); autres droits import 2% (droits import préférentiels pour Turquie et CEFTA)
10.	Chypre	6,38 UCL/kg; 27 UCL/kg taxe luxe. Contribution indirecte préférentielle pour UE et cigs locales	8%	68,4%
11.	Danemark	606,8% UCL/1000 cigs; 21,22% du PD	25%	—
12.	Espagne	500 UCL/1000 cigs; 54% du PD	16%	—
13.	Estonie	5,5 UCL/paquet	18%	—
14.	Fédération de Russie	4,8–30 UCL/1000 cigs, selon filtre et longueur	20%	33% (min 3 EUR/1000 cigs); autres droits import : 2 EUR/1000 cigs
15,	Finlande	90 UCL/1000 cigs; 50% du PD	22%	—
16.	France	54,5% du PD; 38 UCL/1000 cigs	20,60%	0,74%
17.	Grèce	53,86% du PD; 1182 UCL/1000 cigs	18%	—
18.	Hongrie	75% du PD; 1725 UCL/1000 cigs	25%	63%; autres droits import 17%; 2%; 3%

	Prix de vente au détail de 20 cigarettes TTC				
	Marque nationale		Marque étrangère		
Sources	US$	Monnaie locale	US$	Monnaie locale	Source
ERC, 1999	1,38	10,00	2,20	16,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	2,79	5,21	2,87	5,37	EIU, automne 1999
ERC, 1999	0,17	89,00	3,75	2000,00	TMA International Tobacco Guide (données septembre 1999)
ERC, 1999	3,26	42,9	3,49	45,90	EIU, automne 1999
ERC, 1999	0,25	1000,00	0,25	3500,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	—	290,00	—	1200,00	Enquête ACS/OMS, 2000
ERC, 1999	2,89	111,20	3,14	121,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	0,21	1,70	0,38	3,00	Enquête ACS/OMS, 2000
ERC, 1999	0,43	0,686	1,14	2,30	Enquête ACS/OMS, 2000
TMA – inter Tobacco guide	1,38	0,65	2,13	1,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	3,68	20,90	3,96	22,50	EIU, automne 1999
ERC, 1999	1,26	200,003	2,30	365,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	0,43	7,00	1,21	19,50	EIU, automne 1999
ERC, 1999	0,49	13,90	0,81	23,20	Enquête ACS/OMS, 2000
ERC, 1999	3,68	20,90	3,96	22,50	EIU, automne 1999
ERC, 1999	2,76	17,30	3,26	20,40	EIU, automne 1999
ERC, 1999	1,86	580,00	2,18	680,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	0,89	215,00	1,01	245,00	EIU, automne 1999

Continue sur la page suivante...

Tableau 3 (suite)**. Contributions indirectes sur le tabac dans certains pays européens**

No.	Pays	Contributions indirectes	Taxes de vente	Droits d'importation
19.	Italie	54,3% du PD; 7280 UCL/1000 cigs	20%	63%
20.	Moldova	20 UCL/1000 cigs luxe 12,5 UCL/1000 cigs > 81 mm 5 UCL/1000 cigs < 81 mm	—	5 UCL/1000 cigs < 81 MM
21.	Norvège	1580 UCL/1000 cigs	23%	17 ULC/kg (EEE exempté), exemption de droits import pour AELE et Portugal)
22.	Ouzbékistan	750% du PD	30%	30%
23.	Pays-Bas	21,05% du PD; 96,35 UCL/1000 cigs	17,5%	—
24.	Pologne	63,6–97,4 UCL/1000 cigs selon statut à l'importation	22%	63%; autres droits import 90% sous quota (min 9 EUR/1000 cigs); 253% hors quota (min 25,7 EUR/1000 cigs)
25.	Roumanie	2 EUR/1000 cigs; 8 UCL/cig; 25% du PD	22%	98%; autres droits import : 6%; droit de douane -0,25 à 0,5% selon statut UE
26.	Royaume-Uni	—	—	—
27.	Slovaquie	9,5 UCL/paquet < 70 mm 17,9 UCL/paquet > 70 mm	23%	58,3% sur toutes cigs de UE et pays les plus favorisés; autres droits import : 10% supplément sur importations provenant de Tchéquie
28.	Slovénie	45% du PD		53%; taux préférentiel pour AELE et CEFTA
29.	Suède	39,2% du PD; 200UCL/1000 cigs	25%	—
30.	Suisse	59,89 UCL/1000 cigs; 1,3 UCL/1000 cigs; 25%	7,5%	—
31.	Turquie	0,4 US$/paquet de 20 cigs	15%; 2% sur HTVA, puis TVA 15% éducation, 2% anciens combattants, 100% taxe additionnelle, 10% fonds de défense	68,40%
32.	Ukraine	2,5 EUR/1000 cigs sans filtre 3 EUR/1000 cigs filtre	—	2,5 EUR/1000 cigs; pays de l'ex-URSS exempts de droits import.
33.	Serbie et Monténégro	40% et 0,6 UCL/paquet qualité de base; 50% et 0,7 UCL/paquet qualité extra; 70% et 1 UCL/paquet sous licence étrangère ou importé	21%	—

UCL : Unité de compte locale

PD : Prix de détail

Source : Tobacco Control Resource Center *(14)*

	Prix de vente au détail de 20 cigarettes TTC				
	Marque nationale		Marque étrangère		
Sources	US$	Monnaie locale	US$	Monnaie locale	Source
ERC, 1999	2,16	4000,00	3,03	5600,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	0,19	2,35	1,07	13,50	Enquête ACS/OMS, 2000
ERC, 1999	7,28	57,00	7,28	57,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	1,57	980,00	5,12	3200,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	2,61	5,48	2,93	6,15	EIU, automne 1999
ERC et USDA, 1999	0,99	3,99	1,21	4,89	EIU, automne 1999
ERC, 1999	0,80	1300,00	1,53	2500,00	EIU, automne 1999
—	—	6,27	—	6,27	EIU, automne 1999
ERC, 1999	0,71	30,5	1,35	58,00	Enquête ACS/OMS, 2000
ERC, 1999	1,41	175,00	2,23	290,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	4,20	34,50	4,32	35,50	EIU, automne 1999
ERC, 1999	2,88	4,40	2,94	4,50	EIU, automne 1999
ERC, 1999	0,99	450,00	1,32	600,00	EIU, automne 1999
ERC, 1999	—	—	0,55	1,00	Enquête OMS/EURO, 1997
ERC, 1999	0,40	4,00	1,25	12,50	EIU, automne 1999

Il est absolument nécessaire de bien comprendre comment sont interprétées et appliquées les législations et réglementations nationales actuelles portant sur les contributions indirectes au titre du tabac. Presque tous les pays appliquent soit une taxe sur la valeur, ou proportionnelle (contribution indirecte basée sur la valeur du produit, déterminée par les prix de gros ou de détail), soit une taxe spécifique (basée sur le nombre ou le poids des cigarettes). Quelques pays prélèvent à la fois des taxes proportionnelles et des taxes spéciales sur les produits du tabac *(15)*.

Taxe sur la valeur ou taxe spéciale ? *(16)* : quelle est la logique permettant à un pays d'opter pour l'une ou l'autre formule de taxation indirecte des produits du tabac ? La réponse à cette question sera très utile pour formuler des stratégies de révision des taux et plafonds de taxation permettant aux prix de détail de suivre au plus près le rythme de l'inflation.

Conseil :

En général, toute proposition de révision des taux et plafonds de taxation doit subir un examen législatif rigoureux, qui nécessite soit des amendements à des règlements ou décrets ministériels, soit un amendement à la loi nationale. Il faut donc bien connaître et parfaitement comprendre la dynamique politique du processus législatif, au cas où l'on envisagerait d'amender la loi sur les contributions indirectes afin d'augmenter les prix du tabac.

On trouve chez Yurekli et de Beyer *(16)* toute une gamme d'instruments permettant de concevoir et d'administrer les taxes sur le tabac. Le Tableau 4 résume les effets respectifs des taxes spéciales et taxes proportionnelles sur les choix du consommateur en fonction de la qualité et de la variété des produits du tabac, ainsi que sur les recettes de l'État et les producteurs nationaux. Pour décider du schéma exact de la taxation sur le tabac et les produits du tabac, chaque pays devra tenir compte de tous les facteurs inhérents à sa situation propre. Le pouvoir d'achat des consommateurs locaux, les taux et structures de la taxation dans les pays voisins, la capacité des administrations fiscale et douanière à faire respecter les dispositions prises, le besoin de recettes et la nécessité de s'attaquer à la charge croissante des maladies liées au tabagisme, tout cela sera important à envisager.

Tableau 4. Effets des taxes spéciales et proportionnelles sur les intérêts liés au tabac

Secteurs/intérêts	Taxe spéciale	Taxe proportionnelle
Consommateur : qualité et variété		
Inciter à une meilleure qualité et à une plus grande variété des produits	Oui (effet de gamme)[1]	Non[2]
Effet de la taxation sur les prix	Prix plus élevés (sur-report)[3]	Prix moins élevés (sous-report)
Gouvernement : recettes et administration		
Maintien des recettes en cas de forte inflation	Non (devrait être ajustée sur l'IPC)	Oui
Réduire autant que possible l'évasion ou la fraude fiscale et percevoir les recettes attendues	Possibilité pour le producteur de jouer sur la longueur des cigarettes ou la taille des paquets pour limiter le montant des taxes	Nécessité possible d'un prix minimum pour éviter les prix de transferts abusifs[4]
Administration et application	Facile[5]	Nécessité de définir la base proportionnelle de façon à empêcher les producteurs d'éviter la taxation[6]
Producteurs nationaux : profits et parts de marché		
Protection des marques nationales contre les marques étrangères	Non	Oui (plus le prix est élevé, plus le montant unitaire des taxes est élevé puisqu'il est proportionnel au prix)[7]

Source : Yurekli et de Beyer *(16)*

1 Les taxes unitaires sont identiques pour toutes les cigarettes, ce qui a pour effet de réduire la différence de prix entre cigarettes de haut et de bas de gamme, et peut inciter les consommateurs à passer à une meilleure qualité (en supposant que les cigarettes les plus chères soient de meilleure qualité).

2 Les taxes proportionnelles augmentent d'un même pourcentage les prix des produits de haut et de bas de gamme, dont les prix relatifs demeurent donc identiques.

3 Confronté à une hausse des taxes, le producteur oligopoliste ou monopoliste aura tendance à répercuter dans ses prix un montant supérieur à une taxe spécifique, mais un montant inférieur à une taxe proportionnelle.

4 Si la taxe proportionnelle s'applique au prix à la production, le producteur risque de vendre ses cigarettes à un intermédiaire apparenté pour un prix artificiellement bas, afin de réduire sa base imposable.

5 La taxation spécifique est plus simple à gérer, particulièrement pour les pays à administration fiscale faible. Il est facile aux inspecteurs du fisc d'établir et de vérifier les bases en comptant les marchandises et en marquant ou en timbrant les unités taxées.

6 Dans les pays en développement, il sera peut-être difficile d'administrer une taxe sur la valeur (proportionnelle) si les prix de marché des marchandises ne sont pas fixés ou sont sous-évalués en raison de l'inexistence de marchés organisés. Il y a là une source possible de perte de recettes fiscales importante.

7 La taxation proportionnelle implique que toute hausse de prix au consommateur ira à l'État en tant que recette fiscale.

Coût des maladies liées au tabac

Le coût de l'épidémie de tabagisme, en termes de maladies liées au tabac, de décès prématurés et de pertes de productivité, constitue un argument central pour susciter un soutien politique et populaire en faveur de mesures antitabac. La charge de la preuve incombe en général au ministère de la santé; cependant, ce type d'analyse implique une compétence technique en matière d'économie de la santé. Il est donc fortement conseillé de collaborer pour cela avec des économistes possédant ces compétences.

Les méthodes d'estimation de la consommation de tabac sont traitées au Chapitre 15. Lightwood et al. *(17)* ont mis au point une méthodologie détaillée pour estimer le coût de l'usage du tabac, pour laquelle les données suivantes sont nécessaires :

- charge de la maladie (prévalence et incidence), et tendances dans le temps de trois importantes maladies liées au tabac : bronchopneumopathie chronique obstructive, cancer du poumon et maladies cardiovasculaires;
- coûts directs médicaux et non médicaux par individu, et coûts indirects liés aux maladies et aux décès prématurés;
- charge financière totale estimée de l'usage du tabac pour l'État et les ménages;
- part des dépenses publiques et des dépenses des ménages dans les maladies liées au tabac.

La contrebande du tabac

La contrebande des cigarettes peut représenter une part importante des ventes nationales, qui échappe aux prélèvements de l'État : il faut donc estimer son ampleur, ses dimensions politiques, ainsi que la volonté gouvernementale de l'éliminer.

On devra ainsi considérer :

- quels sont les produits de contrebande (notamment marques et pays d'origine);
- le volume des cigarettes de contrebande;
- les pertes de recettes par absence de prélèvement fiscal;
- la capacité du gouvernement de sévir envers la contrebande;
- le degré de bonne gouvernance vis-à-vis de la corruption liée à la contrebande;
- l'intéressement aux saisies des policiers et douaniers;
- les primes aux informateurs;
- la gestion efficace des produits illicites.

Traduire les faits en un programme politique

Ces éléments une fois réunis, il reste à les traduire en messages politiques qui convaincront les décideurs de prendre des mesures économiques antitabac. C'est au Programme national antitabac du ministère de la santé ou à son équivalent qu'il revient de prendre l'initiative en la matière.

Pour influencer les décideurs, les données devront être transposées dans des messages forts et motivants, puis diffusées aux publics cibles. Ce processus sera facilité par la collaboration avec des économistes spécialisés et des professionnels des médias et de la communication.

L'adaptation des messages politiques à des publics spécifiques suppose de bien savoir quels messages ou "points sensibles" amèneront les décideurs à agir. Par exemple, les ministres des finances doivent comprendre que l'alourdissement de la taxation sur les produits du tabac conduira à une hausse des recettes fiscales, et que le pouvoir d'achat libéré par la moindre consommation de tabac se reportera probablement sur d'autres biens; alors que les ministres chargés de l'emploi devront être convaincus que les mesures antitabac ne déboucheront pas sur un chômage massif.

Conseil :

Les données économiques sont souvent de nature très technique. Elles devront être transposées en langage courant, facile à comprendre et à communiquer.

Après avoir formulé les messages adéquats (voir Chapitre 8), on s'assurera qu'ils touchent le public souhaité. Choisir le média approprié (voir Chapitre 9) et les bons porte-parole pour ce faire. Penser que dans bien des cas, les réseaux personnels et officieux des décideurs pèsent davantage que les structures officielles. On s'efforcera de repérer dans l'entourage des principaux responsables politiques des personnalités favorables à la lutte antitabac, disposées à faire passer le message économique à cet égard. En Thaïlande, par exemple, l'adoption d'une loi affectant les taxes sur le tabac à la promotion de la santé a dû beaucoup à l'action en ce sens d'un médecin qui comptait parmi ses patients d'importants dirigeants politiques.

Analyse des acteurs

Les stratèges de la lutte antitabac devront posséder des capacités d'analyse leur permettant d'identifier tous les acteurs sociaux impliqués dans la taxation du tabac et de déterminer leur position (favorable, neutre ou hostile) en menant des recherches, en questionnant des informateurs bien placés, en étudiant les interviews accordées par ces acteurs à la presse, etc. Il leur faudra en outre évaluer le pouvoir relatif dont dispose chaque partie et son influence sur les autres.

En fonction de cette analyse, les stratèges du programme antitabac s'efforceront de faciliter une alliance entre les groupes favorables et neutres, en soulignant les intérêts et objectifs communs, en rappelant les bénéfices partagés d'un alourdissement de la taxation, et en minimisant les conflits portant sur des sujets secondaires. Il faudra savoir que ces groupes neutres seront également courtisés par les adversaires de la taxation; une majorité hostile risque de se dégager si l'on exagère l'importance des conflits entre groupes neutres et favorables.

Chevalier *(18)* recense trois principaux attributs à prendre en compte dans l'analyse des acteurs :

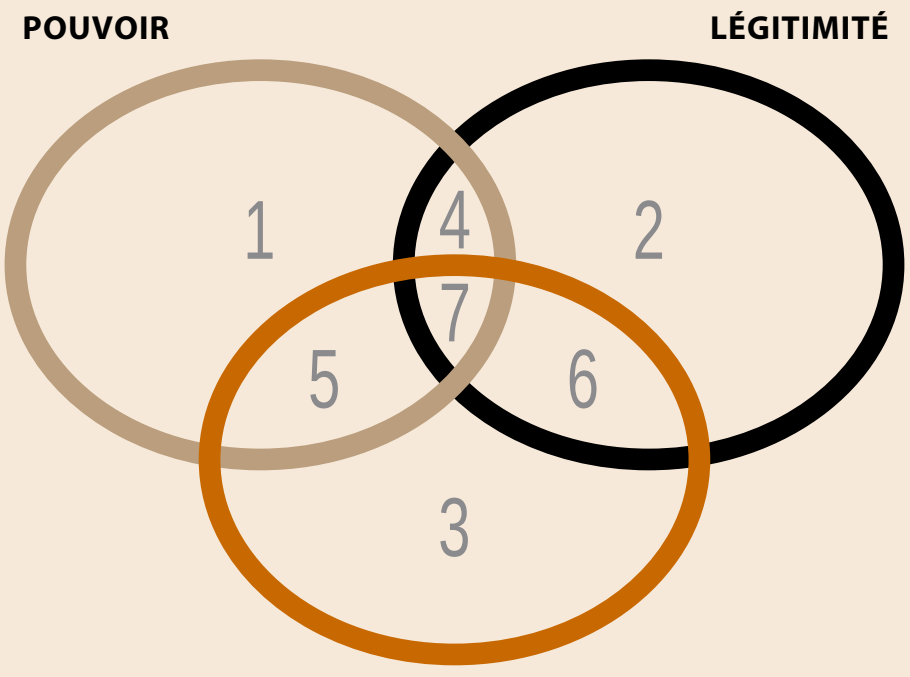
- pouvoir (autorité, commandement et contrôle, pouvoir législatif);
- légitimité (rectitude, impartialité ou crédibilité technique);
- sentiment d'urgence ou intérêt à l'égard du sujet.

Les acteurs définitifs possèdent les trois attributs. Les acteurs dépendants sont très intéressés et légitimes, mais sans pouvoir. Puissants et légitimes, les acteurs dominateurs manquent de sentiment d'urgence ou d'intérêt. Les acteurs dangereux, qui possèdent pouvoir et intérêt, ne sont pas légitimes : d'où leur dangerosité, puisque, dépourvus de compétence technique et peu avisés, ils risquent de faire davantage de mal que de bien en tentant d'alourdir la taxation du tabac (voir Figure 1).

Les différentes combinaisons possibles des trois attributs, présentées à la Figure 1, permettent de définir les différentes classes d'acteurs comme suit :

- Catégorie 1. Acteurs dormants
- Catégorie 2. Acteurs discrétionnaires
- Catégorie 3. Acteurs demandeurs
- Catégorie 4. Acteurs dominateurs
- Catégorie 5. Acteurs dangereux
- Catégorie 6. Acteurs dépendants
- Catégorie 7. Acteurs définitifs

Figure 1. Typologie des acteurs



1. Acteurs dormants 2. Acteurs discrétionnaires 3. Acteurs demandeurs 4. Acteurs dominateurs
5. Acteurs dangereux 6. Acteurs dépendants 7. Acteurs définitifs

Source : Tobacco Control Resource Centre *(15)*

Certains des acteurs sont susceptibles de soutenir une hausse des contributions indirectes sur les produits à base de tabac, et d'autres de s'y opposer. Les grands groupes à considérer sont les suivants :

Groupe 1 : les fonctionnaires

- La Direction des contributions indirectes au ministère des finances s'intéresse en général de près à percevoir des recettes, et sera sans doute favorable à l'augmentation des taxes sur le tabac. Les fonctionnaires des douanes et de la police risquent de surestimer l'effet de cette augmentation sur la contrebande, et de supposer qu'elle va entraîner un surcroît de travail pour leurs agents. À moins de les rallier à l'aide de schémas d'incitation et de persuasion, ils s'opposeront peut-être à la hausse des taxes. Cependant, si l'intéressement aux saisies est suffisant, on pourra les convaincre d'appuyer l'alourdissement de la taxation sur le tabac et les produits du tabac. Les services de la politique fiscale et du budget auront peut-être un point de vue plus prudent quant aux augmentations d'impôts en général, mais seront probablement assez favorables à une hausse des contributions indirectes sur le tabac.
- Le ministère de la santé et le Service national de lutte antitabac seront en principe fermement déterminés à réduire la consommation de tabac par des mesures financières et non financières. Ce sont là les organismes les plus légitimes, et ils sont fortement intéressés, mais ils ne peuvent modifier les lois; ils devront faire alliance avec la Direction des contributions indirectes et d'autres parties afin d'obtenir un alourdissement des taxes sur le tabac.
- Les autorités locales sont généralement favorables à l'alourdissement des contributions indirectes, car il génère le plus souvent des recettes supplémentaires à leur niveau.

Groupe 2 : l'industrie du tabac

- les cigarettiers locaux;
- les multinationales du tabac;
- les importateurs, qui sont les relais locaux des multinationales du tabac;
- les groupements et associations de planteurs de tabac, et les grandes exploitations tabacoles locales.

On le comprendra aisément, les industries du tabac sont opposées à toute forme d'accroissement des contributions indirectes, qui réduisent leurs marges et les profits qu'elles distribuent à leurs actionnaires. Les documents de l'industrie elle-même témoignent qu'elle peut se livrer aux manœuvres les moins recommandables pour convaincre les gouvernements de maintenir les produits du tabac aux prix de détail les plus bas possibles. Par exemple, en cas d'application de taxes proportionnelles (basées sur la valeur déclarée des produits), on a vu des fabricants vendre leurs cigarettes à une société de distribution apparentée pour un prix artificiellement bas, réduisant ainsi leur base imposable. C'est une situation de cette nature qui a amené le gouvernement philippin, en 1996, à renoncer à la taxation proportionnelle en faveur de contributions indirectes spécifiques.

En l'absence d'une bonne gouvernance, l'industrie du tabac peut proposer aux responsables gouvernementaux des incitations directes et indirectes (c'est-à-dire des pots-

de-vin) afin de bloquer, d'entraver ou de retarder toute action sérieuse d'alourdissement des taxes. C'est alors que les ONG auront un rôle essentiel à jouer, en portant à l'attention du public certaines pratiques peu admissibles et en faisant pression sur les responsables et organismes gouvernementaux afin qu'ils assument leurs responsabilités devant la population. Il ne faut jamais sous-estimer la puissance ni l'absence de scrupules du lobbying mis en œuvre par l'industrie du tabac et ses représentants. On peut qualifier cette alliance de dangereuse, car elle possède argent et pouvoir, tout en étant particulièrement intéressée à combattre la hausse des taxes. Les relais de l'industrie du tabac (cultivateurs, importateurs, etc.) ont montré leur grande capacité de nuisance dans les augmentations des prix du tabac. Les associations de défense des droits des fumeurs, appuyées par l'industrie, font partie des acteurs secondaires qui s'insurgeront contre l'augmentation des taxes sur le tabac.

Groupe 3 : les organisations non gouvernementales et les médias

- les organisations à base communautaire;
- les organisations citoyennes;
- les autres groupes spécialisés;
- les médias.

La communauté des ONG peut être qualifiée de demanderesse, du fait de son fort engagement à protéger du tabac la santé et le milieu; c'est pourquoi elle appuie en général les mesures visant à réduire l'usage du tabac, y compris l'alourdissement des taxes. Dès lors que, au-delà de cet intérêt, les ONG possèdent une connaissance approfondie du sujet, elles deviennent des acteurs légitimes dépendants. Leur rôle essentiel consiste donc à œuvrer comme "chiens de garde" de la société, et dans bien des pays on les a vues agir aux côtés du Programme national antitabac.

Le rôle des médias consiste à informer la population des questions concernant le débat sur l'augmentation des taxes sur le tabac. Mais dans le même temps, ils peuvent influencer l'opinion publique à ce propos, voire la déterminer. Il est donc primordial de fournir aux médias des données complètes sur les avantages des augmentations de taxes dans la perspective d'une réduction de la consommation de tabac. On les convertira ainsi en parties légitimes, favorables aux augmentations. Ne jamais sous-estimer la capacité de l'industrie du tabac à faire pression sur les médias, que ce soit par la corruption directe ou par la menace de retirer leurs budgets publicitaires, afin qu'ils fassent campagne contre les hausses de taxations.

Groupe 4 : les chercheurs et associations professionnelles

- les économistes;
- les associations médicales;
- les autres associations de professionnels de la santé;
- les sociétés savantes (association nationale contre le cancer, société de cardiologie, etc.).

Ces organismes universitaires et professionnels seront très vraisemblablement des acteurs dépendants, en vertu de leur légitimité et de leur intérêt pour le sujet. En tant qu'experts

crédibles, ils peuvent jouer un rôle important pour valider les données fournies aux médias et au grand public. Les responsables gouvernementaux de la lutte antitabac devront s'efforcer de collaborer de près avec ce groupe.

La coopération régionale

Il est possible de réduire la contrebande et les pertes de recettes fiscales qu'elle engendre en harmonisant les taxes d'un pays à l'autre. La coopération régionale a permis d'harmoniser les prix et de réduire les disparités de taxation indirecte au sein de l'Union européenne, ainsi que dans d'autres régions comme les pays du Golfe *(5)*.

Cependant, les accords de commerce régionaux peuvent aussi intervenir à l'encontre des hausses de taxation sur le tabac. Plusieurs accords de coopération économique régionaux, comme l'Association des pays du Sud-Est asiatique (ASEAN), la zone américaine de libre-échange (AFTA) ou l'Accord nord-américain de libre-échange (NAFTA) comprennent des dispositions ramenant les contributions indirectes sur le tabac à zéro lorsque ce produit fait l'objet d'un commerce entre les États parties. Les effets délétères de ces dispositions sont de nature à détériorer la santé publique et à provoquer d'innombrables décès dans les pays concernés.

LES INITIATIVES FINANCIÈRES DE LUTTE ANTITABAC

Dans tout programme national antitabac, la question du financement des activités et du personnel est cruciale. Les allocations budgétaires de la santé publique sont généralement maigres, et il est donc peu réaliste de ne dépendre que du ministère de la santé pour financer un programme national antitabac.

Il existe cependant d'autres sources possibles pour combattre le tabagisme. En Australie, au Canada, aux États-Unis d'Amérique, à Guam, en Nouvelle-Zélande, en Polynésie française et en Thaïlande, l'expérience montre que les programmes antitabac peuvent trouver des appuis financiers conséquents grâce à des taxes affectées, à des indemnités versées dans le cadre de litiges, à la surtaxation des produits du tabac, ainsi qu'à des subventions et dons d'organismes internationaux et philanthropiques. Les trois premières possibilités sont celles qui offrent les meilleures garanties de durabilité : les subventions et donations sont le plus souvent insuffisantes et fragiles.

Le financement public durable de la lutte antitabac nationale, sur les ressources ordinaires du budget, suppose une volonté politique : les budgets correspondant aux programmes gouvernementaux s'établissent au travers d'un processus politique. Dans les pays où les partisans de la lutte antitabac parviennent à élever celle-ci au rang de priorité nationale, cette voie peut constituer un moyen réaliste d'appui au programme. Tout budget de lutte antitabac conséquent sera très probablement combattu par l'industrie du tabac, qui exerce habituellement une influence considérable sur les hommes, les femmes

et les partis politiques. Contrer cette opposition constitue l'une des principales tâches du programme national antitabac et de ses alliés.

Les "taxes du péché", prélevées sur les produits "moralement répréhensibles" tels que le tabac et l'alcool, sont potentiellement la meilleure source de financement durable d'un programme national antitabac. À partir des contributions indirectes, elles peuvent être directement affectées à un fonds spécial, sans transiter par le budget général de l'État. Elles ne sont donc pas sujettes au vote annuel de la loi de finances, qui est lui-même sujet à la versatilité politique. Plusieurs pays ont eu recours avec succès à ce dispositif, notamment la Thaïlande, l'Australie, l'Égypte, l'Iran, et les États de Californie et du Massachusetts aux États-Unis d'Amérique *(5)*.

En Thaïlande, 2% des contributions indirectes sur le tabac et l'alcool vont à un Fonds de promotion de la santé qui mène des actions générales, y compris en matière de lutte antitabac, de sécurité au travail et de prévention du VIH/SIDA. La législation adoptée en 2001 *(19)* garantit la permanence du financement de ces programmes tant qu'il restera des citoyens qui consommeront du tabac ou de l'alcool, payant donc les taxes correspondantes. Et cette garantie de financement permet à son tour à ces programmes de promotion de la santé de mettre en œuvre des stratégies globales sur des périodes prolongées.

Le Tableau 5 ci-dessous résume trois modèles d'organisation et de financement de la lutte antitabac en Australie (Victoria), en Nouvelle-Zélande et en Thaïlande *(19)*.

CONCLUSION

Les aspects économiques occupent une place centrale dans la lutte antitabac, car ils donnent lieu à des interventions efficaces pour réduire la consommation (augmentation des prix du tabac par l'alourdissement de la taxation), et ouvrent des sources de financement durables aux programmes antitabac. Comprendre le rôle crucial de l'économie dans la maîtrise de la consommation de tabac est essentiel au succès des programmes antitabac nationaux et locaux.

Tableau 5. **Trois modèles d'organisation et de financement de la lutte antitabac**

	Fondation victorienne pour la promotion de la santé (VicHealth)	**Conseil néo-zélandais de protection de la santé (HSC)**	**Fonds thaïlandais de promotion de la santé**
Cadre juridique	Loi sur le tabac, 1987	Loi sur le milieu sans fumée, 1990	Loi sur le Fonds de promotion de la santé, 2001
Organe d'exécution	Organisme quasi-gouvernemental à statut indépendant	Organisme national quasi-public	Agence gouvernementale à but non lucratif, à statut de société mais indépendante de l'administration; conseil d'administration propre, présidé par le premier ministre
Objectifs et missions	• Activités de financement en rapport avec la promotion de la santé, la sécurité et la prévention des maladies • Sensibiliser les communautés aux questions de santé par la promotion d'un style de vie favorable, à travers les activités du programme communautaire • favoriser la recherche et le développement pour soutenir ces activités de programme	• Agir en tant que prestataire national de services • Appuyer financièrement des manifestations sportives et culturelles et des activités d'IEC, afin de promouvoir des normes et attitudes favorables à la santé	• Favoriser une approche holistique de la promotion de la santé • Sensibilisation aux comportements favorables à la santé et aux risques de la consommation de tabac, d'alcool et autres substances dangereuses • Recherche et appui à la recherche et au développement en promotion de la santé • Renforcement des capacités de promotion de la santé dans les communautés • Soutien et promotion de campagnes de santé
Gestion	Un organe directeur : le Conseil exécutif. Le directeur est chargé d'administrer le Fonds	Deux organes directeurs : le Conseil exécutif et le Conseil consultatif. Le directeur fait fonction de secrétaire et fait rapport au Conseil exécutif	Deux organes directeurs : le Conseil exécutif et le Conseil de surveillance. Le directeur fait fonction de secrétaire et fait rapport au Conseil exécutif
Coûts administratifs	10% à 15%	Aucune donnée disponible	Inférieurs à 10%
Origine des recettes	Au maximum 1/15^{e} des taxes sur le tabac et licences de vente	Budget de l'État	2% des contributions indirectes sur le tabac et l'alcool

Source : Siwarak *(19)*

Références

1. Jha P, Chaloupka F, éds. *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2002.

2. Sunley EM, Yurekli A, Chaloupka F. The design,administration, and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka F, éds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2002.

3. OMS, Service de l'information publique. Tobacco Facts 1. In: *Tobacco control in developing countries – Media information kit*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

4. Scott Radway. Sin taxes to help fund *SARS* work. *PacificDaily News*, 6 juillet 2003

5. Guindon GE, Tobin S, Yach D. Trend and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tobacco Control*, mars 2002,11: 35–43.

6. Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. HNP Discussion Paper no. 6, Economics of Tobacco Control Paper no. 6. Banque Mondiale, 2003.

7. Banque mondiale. *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf).

8. *Une recension des dommages : Les baisses de taxes sur les produits du tabac et la santé publique dans les années 1990.* Ottawa, Société canadienne du cancer, 1999.

9. Market Tracking International. *World TobaccoFile 1996*. London, DMG Business Media, 1996.

10. Thursby JG, Thursby MC. Interstate cigarette bootlegging: extent, revenue losses, and effects of federal intervention. *National Tax Journal*, 2000, 53(1):59–78.

11. Joossens l. Tobacco smuggling: an optimal policy approach. In: Abedian I et. al., éds. *The economics of tobacco control*. Le Cap, Applied Fiscal Research Centre, 1998.

12. Jha P, Chaloupka F, éds. *Tobacco control indeveloping countries – Media information kit*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

13. Townsend J. The role of taxation policy in tobacco control. In: Abedian I, van der Merwe R, Wilkins N, Jha P, éds. *The economics of tobacco control : towards an optimal policy mix*. West Cape, Edson-Clyde Press, 1998.

14. Sunley EM, Yurekli A, Chaloupka FJ. The design, administration and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka FJ, éds. *Tobacco control in developing countries*. Washington,DC, Banque mondiale, 2000: Chapitre 17.

15. Tobacco Control Resource Centre : http//tcrc-profiles.globalink.org

16. Yurekli A, de Beyer J, éds. *Design and administer tobacco taxes – Tool 4: design and administration*. Washington, DC, Banque mondiale, 2002 (Economics of Tobacco Toolkit).

17. Lightwood J et al. Estimating the costs of tobacco use. In : Jha P, Chaloupka F, éds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2002.

18. Chevalier J, Stakeholder Analysis and Natural Resource Management. Carleton University, Ottawa, juin 2001 (http://www.carleton.ca/~jchevali/STAKEH2.html)

19. Siwarak P. *The birth of theThai Health Promotion Fund: a case study*. Bangkok, Desire Publishing, 2001.

20. Chantornvong S, McCargo D. Political economy of tobacco control in Thailand. *Tobacco Control*, 2001, 10:48–54.

13

Comment affronter l'industrie du tabac

Choisissons des batailles assez grandes pour compter, assez petites pour les gagner.

—Jonathan Kozol

INTRODUCTION

Le tabac a ceci d'original parmi les risques pour la santé qu'une industrie tout entière est consacrée à promouvoir son usage, en dépit de ses effets néfastes reconnus. On s'en doute, l'industrie du tabac s'oppose énergiquement à toute tentative de réduire réellement la consommation de tabac. Le Chapitre 2 décrit certaines des stratégies mondiales que met en œuvre l'industrie pour bloquer ces interventions.

Le présent chapitre est consacré aux stratégies d'opposition à l'industrie du tabac. Le renforcement des capacités de faire face au principal adversaire de la lutte antitabac doit constituer une priorité pour les responsables nationaux et locaux de cette dernière. Dans bien des cas, ce sont les militants antitabac et les organisations non gouvernementales qui ont la plus grande expérience en cette matière, et qui ont beaucoup à apporter.

LA PREMIÈRE RIPOSTE À L'INDUSTRIE : BIEN LA CONNAÎTRE

Les documents de l'industrie du tabac : une précieuse source d'informations

On trouve au Chapitre 2 des indications historiques sur les documents de l'industrie du tabac. Du fait que ceux-ci permettent d'acquérir des connaissances précieuses, les responsables du programme antitabac s'assureront que l'analyse du scénario de pays comprenne un état initial et des mises à jour périodiques des documents de l'industrie pertinents au pays (voir Annexe 1).

Si riches que soient les informations figurant dans ces documents, ceux-ci ont leurs limites. Certaines pages manquent, il est souvent difficile de remettre l'information dans son contexte, et certains échanges de correspondance sont incomplets, pour ne mentionner que quelques-uns des défauts. En outre, peu des documents de British American Tobacco entreposés au dépôt de Guildford ont été mis en ligne, et l'accès aux archives sur papier est souvent difficile, ce qui complique les méthodes de recherche *(1–3)*. Néanmoins, on considère souvent l'ouverture de ces documents au public et à la recherche comme le résultat le plus important jamais acquis par les procédures lancées contre les multinationales du tabac.

AUTRES ACTIONS CONTRE L'INDUSTRIE DU TABAC

Après avoir pris connaissance des documents de l'industrie concernant un pays donné, et s'être familiarisé avec l'industrie cigarettière locale, on passera aux étapes suivantes de suivi et d'opposition :

- surveiller l'industrie locale du tabac;
- informer et impliquer la population;
- se procurer et utiliser l'information de façon stratégique;
- faire intervenir des champions de la cause pour proclamer la vérité sur le tabac;
- appliquer les enseignements issus de l'expérience internationale;
- dénoncer les mythes; réfuter les arguments de l'industrie;
- rassembler de puissantes coalitions antitabac;
- communiquer et faire strictement respecter les mesures antitabac;
- mettre l'industrie devant ses responsabilités;
- réglementer l'industrie.

Surveiller l'industrie locale du tabac

À leur connaissance des pratiques de l'industrie, les responsables antitabac ajouteront la surveillance des activités au jour le jour de l'industrie cigarettière locale pour les alerter quant aux éventuels obstacles mis à leur action. L'Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution 54.18, "demande à l'OMS de continuer à informer les Etats Membres sur les activités de l'industrie du tabac qui ont des effets négatifs sur les efforts de lutte antitabac". Les rapports établis en application de cette résolution apportent aux pays des informations sur les activités de leurs entreprises cigarettières, basées sur le dépouillement des médias internationaux *(4)*. Les sites Web de l'industrie elle-même constituent souvent de bonnes sources de communiqués de presse et autres actualités concernant l'industrie.

Au niveau national, la surveillance de l'industrie du tabac pourra comporter des activités telles que :

- noter régulièrement la couverture médiatique des questions touchant à l'industrie;
- suivre les publications de l'industrie ainsi que les publications de marketing et d'économie susceptibles de traiter du tabac, et relever les noms et appartenances institutionnelles des auteurs de rapports et publications favorables à l'industrie;
- visiter fréquemment les sites Web des entreprises locales;
- rechercher et recenser les organisations et manifestations parrainées par l'industrie du tabac;
- dresser une cartographie politique : étudier entre autres les discours et déclarations des législateurs et obtenir des entretiens avec les principaux responsables ministériels afin de déterminer ceux qui défendent les vues de l'industrie et ceux qui soutiennent les mesures antitabac;
- étudier les rapports concernant l'application des lois antitabac et les décisions de justice résultant de leur violation.

Parmi les sources d'information figurent l'Internet, les médias nationaux et locaux, ainsi que des documents déposés dans les bibliothèques publiques (par exemple, minutes des rencontres parlementaires, statuts des groupements soupçonnés d'être soutenus par l'industrie du tabac, collections des revues de l'industrie et documents de recherche commandités par celle-ci). Les autorités chargées de l'application des règlements relatifs au tabac et à la fumée pourront fournir des renseignements sur le respect de ces règles par l'industrie. Bien souvent, les relations personnelles seront d'une valeur inestimable.

Informer et impliquer la population

Les découvertes que permet la surveillance de l'industrie peuvent servir à sensibiliser les populations aux tentatives menées par l'industrie pour éviter ou faire échouer les mesures antitabac. On choisira les moyens les plus appropriés de publier ces informations en fonction de leur nature et du public cible dont on souhaite retenir l'attention : par exemple conférences de presse, communiqués de presse, exposés lors de rencontres scientifiques, publications, articles scientifiques et courriers des lecteurs dans des journaux influents, lettres aux principaux acteurs de la scène politique tels que les membres des organes législatifs, témoignages devant les commissions parlementaires ou lors d'audiences publiques. Le cas échéant, on obtiendra un avis juridique avant de livrer une information sensible ou sujette à polémique.

On fera participer la population à la surveillance de l'industrie du tabac. Bien informés, les citoyens peuvent exiger que l'industrie du tabac soit tenue pour responsable d'actions qui portent atteinte à la santé publique. Ce but peut être atteint par des audiences publiques, des enquêtes publiques, ou par l'utilisation stratégique de canaux de communication grâce auxquels les populations pourraient informer le Programme national antitabac (PNAT) des agissements de l'industrie visant à perturber ou à saboter les interventions antitabac. C'est ainsi qu'au Brésil le ministre de la santé a fait établir des lignes téléphoniques directes permettant au public de rapporter au PNAT toute activité suspecte de l'industrie. Au Minnesota, la Coalition antitabac entretient un site Web qui incite ses visiteurs à informer les décideurs politiques locaux des manœuvres employées lors des audiences publiques par l'industrie du tabac pour faire opposition aux ordonnances antitabac. Parmi les autres méthodes possibles, on mentionnera le courrier électronique, les messages texte, ou les boîtes aux lettres dédiées, utilisables par la population pour joindre le PNAT.

En présentant efficacement au grand public et aux principaux décideurs les faits établis concernant l'industrie du tabac, on peut faire grandement avancer la lutte antitabac. L'United States Advocacy Institute le formule ainsi : "la cause antitabac ne prospère jamais mieux que dans un climat d'indignation publique à chaud né d'un comportement injustifiable de l'industrie."

Se procurer et utiliser l'information de façon stratégique

Les documents de l'industrie du tabac recèlent des révélations sur ses agissements passés contre la lutte antitabac. On prévoira de faire au moment opportun le lien entre ces

renseignements et les données locales actuelles concernant l'ampleur, les structures, les déterminants et les effets de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac, afin de pousser au changement de politique. Les données requises seront fonction du programme législatif. Par exemple, on aura besoin pour réglementer le marketing du tabac d'un certain nombre d'informations et d'éléments, parmi lesquels :

- des renseignements sur les dépenses de l'industrie en publicité et en promotion;
- des preuves d'un puissant impact publicitaire qui pousse les jeunes à fumer;
- des informations sur la haute valeur que l'industrie accorde à la publicité;
- les actions entreprises dans le passé par l'industrie du tabac pour s'opposer aux interdictions de publicité, notamment en s'efforçant de convaincre les gouvernements d'accepter l'emploi de codes marketing volontaires mais fallacieux.

Pour obtenir l'interdiction de fumer dans les lieux publics, il sera primordial de présenter des données à jour sur les effets et l'ampleur du tabagisme passif. Tout aussi essentielle sera l'information concernant la manière dont l'industrie a dissimulé la nocivité de la fumée secondaire, et dont elle a instrumentalisé l'industrie hôtelière pour promouvoir une culture du compromis par ses "programmes de courtoisie". Obtenir ce type d'informations suppose obligatoirement une surveillance constante permettant de rassembler les données et une exploration approfondie des documents de l'industrie, menées dans le cadre stratégique de la lutte antitabac. On pourra en outre mettre à profit des données sur les connaissances, attitudes et croyances du public à propos des mesures envisagées (par exemple, la population est-elle favorable à l'interdiction de la publicité ?) pour convaincre les décideurs d'appuyer des mesures assurant une maîtrise réelle de la consommation de tabac.

Faire intervenir des champions pour proclamer la vérité sur le tabac

Par "champions", on désigne des personnalités possédant dans la société une grande visibilité, et/ou une grande crédibilité. Leur présence suffit le plus souvent à assurer celle des médias; leur influence sur le grand public est immense, et lorsqu'ils parlent vrai à propos du tabac ils sont écoutés. Aux Kiribati, le ministère de la santé a fait appel aux jeunes vedettes de l'athlétisme local pour promouvoir un style de vie sans tabac, avec des résultats probants. En République de Corée, un acteur comique très populaire, atteint d'une tumeur maligne liée au tabac, a consacré les derniers jours de sa vie à s'élever contre le tabagisme; on estime que ses interventions ont pesé dans la réduction de la prévalence tabagique de ces dernières années parmi les Coréens adultes.

Appliquer les enseignements issus de l'expérience internationale

L'expérience acquise dans les pays disposant de politiques antitabac plus avancées peut apporter des perspectives intéressantes à ceux qui s'efforcent d'établir de telles politiques et interventions sur des bases solides. Parallèlement, les organisations internationales antitabac pourront aider les associations locales à élaborer et à mettre en œuvre des

stratégies à cet égard. Les enseignements de l'expérience internationale peuvent être mis à profit pour répondre aux besoins locaux et guider l'élaboration de mesures politiques. Il est donc conseillé aux ministères de la santé et aux organisations antitabac de se renseigner sur les mesures antitabac tentées ailleurs, notamment dans des pays présentant des caractères politiques, économiques et socioculturels analogues, afin de s'enrichir de leurs succès et de leurs échecs et d'en tenir compte dans leur action.

Dénoncer les mythes; réfuter les arguments de l'industrie

L'industrie du tabac propage fréquemment des discours économiques et scientifiques qui vont à l'encontre de toute législation sur le tabac. Ces arguments sont en général fabriqués par des économistes, scientifiques et attachés de presse à la solde de l'industrie, et ne reposent sur aucune preuve. Les ministères de la santé et les organisations antitabac devront se tenir prêts à riposter afin de parer à cette argumentation de l'industrie. Les ripostes seront factuelles et fondées sur les meilleures données scientifiques disponibles; les références en seront dûment attestées, et les éléments empruntés aux sources les plus crédibles. Les mythes les plus couramment entretenus par l'industrie sont résumés à l'Encadré 1, avec les réponses à y apporter.

Encadré 1. Mythes courants de la lutte antitabac

Mythe 1 : Le tabagisme ne concerne que les gens riches et les pays riches.
Réalité : Dans la plupart des pays à revenus élevés, les hommes fument de moins en moins. En revanche, ils sont de plus en plus nombreux à fumer dans la plupart des pays à revenus moyens et faibles, et les femmes fument de plus en plus partout dans le monde. À l'intérieur de chaque pays, la consommation de tabac et la charge des maladies liées au tabac sont en général plus fortes dans la population pauvre.

Mythe 2 : Les gouvernements ne devraient pas décourager le tabagisme autrement qu'en en faisant largement connaître les risques, faute de quoi ils feraient obstacle à la liberté de choix du consommateur.
Réalité : Tout d'abord, de nombreux fumeurs sont inconscients des risque qu'ils courent, ou bien ils en sous-estiment ou en minimisent la portée pour eux-mêmes, et ce même dans les sociétés à revenus élevés où les risques sont assez largement connus. En second lieu, la plupart des gens commencent à fumer dans l'enfance ou à l'adolescence, à un âge où ils sont peu informés des risques et de la dépendance tabagiques, et lorsqu'ils souhaitent arrêter ils sont souvent déjà dépendants. Enfin, fumer impose des contraintes aux non-fumeurs. Pour toutes ces raisons, le choix de fumer diffère du choix d'autres produits de consommation, et les gouvernements peuvent considérer leur intervention comme justifiée.

Mythe 3 : Les fumeurs supportent toujours les coûts de leurs choix de consommation.
Réalité : Pas nécessairement. Ils font supporter des coûts aux non-fumeurs, dont les plus évidents sont les effets sur la santé, les désagréments et l'irritation qu'engendre l'exposition à la fumée secondaire. Les fumeurs peuvent en outre entraîner des coûts financiers pour les autres (par exemple, une partie des soins de santé supplémentaires des fumeurs). Il est toutefois difficile de mesurer ces coûts, qui varient selon l'époque et le lieu, et ce rapport ne cherche pas à les quantifier. Dans les pays à revenus élevés, le coût des soins aux fumeurs dépasse en moyenne celui des non-fumeurs pour une année donnée quelconque. On a pu avancer que, du fait qu'ils meurent en général plus jeunes, les coûts de santé des fumeurs au cours de leur vie ne dépassaient sans doute pas

Continue sur la page suivante...

(Suite)

ceux des non-fumeurs; mais des études récentes menées dans des pays à revenus élevés ont montré que le coût de la santé des fumeurs au cours de leur vie est bel et bien supérieur, bien qu'ils vivent moins longtemps. Si le coût de la santé est en partie supporté par le secteur public, les fumeurs font donc supporter leurs dépenses aux non-fumeurs.

Mythe 4 : La lutte antitabac aura pour conséquence une perte d'emplois définitive dans l'économie.
Réalité : Même fructueuse, la lutte antitabac ne fera baisser que lentement la consommation mondiale de tabac (qui devrait encore se maintenir à un niveau élevé pendant plusieurs décennies). Le besoin de restructuration à la baisse sera donc bien moins brutal que celui qu'ont dû affronter d'autres industries. En outre, les revenus non affectés au tabac le seront à d'autres marchandises, et généreront d'autres emplois. Les études menées pour ce rapport montrent que la plupart des pays ne subiraient pas de perte nette d'emplois, et que certains connaîtraient des gains nets en cas de chute de la consommation.

Mythe 5 : La dépendance tabagique est si forte qu'une simple augmentation des taxes ne réduira pas la demande; il n'est donc pas justifié d'alourdir la taxation.
Réalité : D'innombrables études ont montré que l'augmentation des taxes réduisait le nombre des fumeurs et le nombre des décès liés au tabagisme. Les hausses de prix poussent certains fumeurs à s'arrêter et évitent à d'autres de devenir des fumeurs réguliers ou permanents. Elles réduisent de plus le nombre des anciens fumeurs qui recommencent à fumer, ainsi que la consommation des fumeurs. Les enfants et les adolescents réagissent davantage que les adultes aux changements de prix des biens de consommation, à savoir qu'en cas de hausse des prix il est plus probable qu'ils réduiront leur consommation. Une telle intervention aura donc sur eux un effet important. De façon analogue, les personnes à revenus modestes sont plus réactives que les plus aisées, et il est donc probable que l'effet sera plus marqué dans les pays en développement, où la consommation de tabac s'accroît encore. Les modèles élaborés pour ce rapport montrent que des hausses de taxes accroissant de 10% le prix réel mondial des cigarettes feraient baisser de 40 millions le nombre des fumeurs vivants en 1995, et permettraient d'éviter au moins 10 millions de décès liés au tabac.

Mythe 6 : Les gouvernements subiront des pertes de recettes s'ils augmentent les taxes sur le tabac, car les gens achèteront moins de cigarettes.
Réalité : Faux. Les chiffres sont parlants : le calcul montre que même des hausses de taxes très importantes réduisent la consommation tout en augmentant les recettes fiscales. Ce phénomène s'explique par le fait que la baisse relative de la demande ne compense pas la hausse relative des taxes, puisque les consommateurs dépendants ne réagissent qu'assez lentement aux hausses de prix. En outre, une partie des sommes épargnées par les fumeurs qui s'arrêtent sera consacrée à d'autres achats eux aussi taxés. Historiquement, augmenter les taxes sur le tabac, quelle que soit l'ampleur de la hausse, n'a jamais conduit une seule fois à une baisse des recettes fiscales sur les cigarettes.

Mythe 7 : La contrebande et la contrefaçon vont annuler les effets de la hausse des taxes.
Réalité : La contrebande est un problème réel. Mais même en comptant avec elle, les données concernant un certain nombre de pays montrent que l'alourdissement de la taxation a toujours pour effet d'augmenter les recettes et de réduire la consommation de cigarettes. En outre, les gouvernements disposent de moyens efficaces pour combattre la contrebande. Il peut s'agir d'apposer des timbres fiscaux et des avertissements en langue locale voyants sur les paquets de cigarettes, aussi bien que de faire appliquer la loi avec fermeté en d'infligeant aux contrebandiers des sanctions dissuasives.

Mythe 8 : Les gouvernements ne doivent pas augmenter les taxes sur les cigarettes, car ces hausses auraient des effets disproportionnés sur les consommateurs pauvres.
Réalité : Il est exact que les taxes sur le tabac existantes prélèvent une part de revenu plus importante sur les populations pauvres que sur les populations aisées. En revanche, les décideurs politiques doivent avoir pour souci principal l'effet de redistribution obtenu par l'ensemble du système de recettes et de dépenses publiques, et non pas celui d'une taxe considérée isolément. Les consommateurs pauvres réagissant en général davantage aux hausses de prix que les consommateurs riches, il est probable que leur consommation

Continue sur la page suivante...

(Suite)

baissera plus vite, et que leur charge financière relative se réduira dans les mêmes proportions.

Mythe 9 : En réaction aux augmentations des taxes, les fumeurs passeront à des marques moins chères ou à des produits du tabac bon marché, et la consommation totale de tabac ne sera pas réduite.
Réalité : Ce comportement, également connu sous le terme de "substitution", pose une vraie question. Cependant, tous les fumeurs ne l'adoptent pas. Les hausses de prix dissuadent les non-fumeurs de commencer à fumer, et amènent de nombreux fumeurs à cesser ou à réduire leur consommation. La consommation et la prévalence totales vont donc baisser. Seule une partie des fumeurs n'en seront pas affectés, dont seuls certains choisiront de substituer un produit à un autre pour maintenir leur consommation. Les mesures non financières, telles que les traitements de substitution nicotiniques et autres mesures de sevrage, pourront contribuer à réduire la consommation dans ce groupe.

Mythe 10 : Les taxes sur les cigarettes sont déjà trop élevées presque partout.
Réalité : La question du "bon" niveau de taxation est complexe. Le montant de l'imposition dépend de façon subtile d'éléments empiriques qui ne sont pas toujours connus au moment voulu, comme l'ampleur des coûts pour les non-fumeurs, le niveau de revenu, et certaines valeurs sociétales variables telles que le degré souhaitable de protection de l'enfance. Il dépendra aussi de ce que vise la société par cette taxe, par exemple un gain de recettes déterminé ou une réduction donnée de la charge de morbidité. À l'heure actuelle, on peut prendre pour références les niveaux de taxation adoptés dans le cadre de politiques antitabac globales par des pays où la consommation a baissé. Dans ces pays, la part des taxes dans le prix du paquet de cigarettes se situe entre les deux tiers et les trois cinquièmes du prix de détail. Dans les pays à hauts revenus, ces taxes représentent aujourd'hui environ deux tiers ou davantage du prix du paquet; dans les pays à revenus inférieurs, elles ne dépassent pas la moitié du prix, qui reste lui-même très inférieur à celui observé dans les pays à revenus élevés.

Mythe 11 : Les mesures visant à réduire l'offre de tabac constituent des moyens efficaces de réduire la consommation.
Réalité : Si les interventions visant à réduire la demande de tabac ont de bonnes chances d'aboutir, les mesures sur la demande sont moins prometteuses. En effet, si un fournisseur disparaît, un autre sera tenté d'entrer sur le marché. La prohibition du tabac, mesure extrême, serait dépourvue de fondement économique, peu réaliste, et sans doute vouée à l'échec. Bien que l'on propose souvent des cultures de substitution comme moyen de réduire l'offre de tabac, il n'existe à peu près aucun élément pour penser qu'elles réduisent la consommation, puisque les incitations offertes aux agriculteurs pour cultiver du tabac sont actuellement bien plus importantes que pour la plupart des autres cultures. Il pourra cependant y avoir là une stratégie utile le moment venu, pour aider les agriculteurs les plus pauvres dans la transition vers d'autres modes de vie, dans le cadre d'un programme de diversification plus large. De même, les chiffres montrent que les restrictions au commerce, telles que des interdictions d'importation, n'auraient que peu d'effet sur la consommation mondiale. Il est plus probable que les pays parviendront à réduire la consommation en agissant avec efficacité sur la demande, et en appliquant des mesures équivalentes aux cigarettes importées et aux produits nationaux. Une seule mesure sur l'offre sera d'importance pour l'efficacité de la stratégie antitabac : la lutte contre les trafics illicites, qui accroîtra les recettes fiscales perçues par l'État sur les produits du tabac.

Mythe 12 : La lutte antitabac ne fera qu'aggraver la pauvreté d'économies agraires qui dépendent largement de la culture du tabac.
Réalité : Le marché du tabac se maintiendra sans doute à des niveaux élevés pendant plusieurs décennies encore, et si manifestement le déclin de la consommation réduira dans l'avenir l'emploi tabacole, le processus, loin de se produire du jour au lendemain, se déroulera au moins sur une dizaine d'années. Dans les pays pauvres, l'adoption de politiques agricoles et commerciales adéquates pourra aider les paysans à entrer loyalement en concurrence sur les marchés mondiaux. Il serait légitime que les gouvernements aident quelque peu les cultivateurs de tabac les plus pauvres à supporter les coûts d'ajustement à la baisse progressive de la demande. Nombre de pays ont déjà consenti des aides à des reconversions semblables dans d'autres secteurs.

Source : *(5)*

On fera en sorte que les publics cibles comprennent bien le message, en diffusant largement l'information. Pour réfuter les arguments de l'industrie du tabac, il faudra conserver la maîtrise des sujets traités, ainsi que des lieux, du moment, des modalités et des personnes chargées de leur diffusion auprès du public. On saura que l'industrie et ses représentants s'efforceront peut-être de prendre les porte-parole antitabac au dépourvu, notamment lors d'émissions de radio ou de télévision en direct. Examiner avec le plus grand soin toute invitation à débattre en tête-à-tête avec les représentants de l'industrie, et éviter toute circonstance dans laquelle on ne pourrait contrôler le sujet et le déroulement des discussions.

L'une des plus vastes fictions entretenues par l'industrie du tabac est celle de sa propre amende honorable et de sa nouvelle responsabilité sociale. Le programme de Responsabilité sociale d'entreprise mené par BAT, évoqué au Chapitre 2, en est la meilleure illustration. Dans le cadre d'une stratégie de relations publiques visant à revernir une image bien ternie, BAT a en effet lancé une série de dialogues sociaux dans 24 pays du monde entier. À ce jour, le seul résultat tient en un rapport largement diffusé dans les médias et par l''Internet, où BAT se présente sous les traits d'une entreprise amendée et socialement responsable; pendant ce temps, la promotion de ses produits mortels se poursuit.

Rassembler de puissantes coalitions antitabac

Afin d'obtenir le soutien du public à tous les aspects de la lutte antitabac, il sera nécessaire d'impliquer le plus grand nombre possible d'acteurs dans la conception et la mise en œuvre des interventions. La collaboration entre les secteurs public et privé sera déterminante. En outre, les personnes et associations qui seront engagées dans l'application des futures mesures antitabac devront participer dès le départ à l'élaboration des politiques.

Les responsables politiques et les médias jouent un rôle central dans le processus d'adoption des politiques. Les médias peuvent donner forme au débat politique; ils peuvent aussi influencer les décideurs en leur rappelant publiquement les attentes de la population, et en montrant à celle-ci quelle confiance elle peut leur accorder. On peut trouver des sympathisants de la cause antitabac dans tous les partis politiques : il conviendra de les repérer et de leur apporter le soutien nécessaire. Souvent, on pourra habiller les interventions antitabac de façon à toucher les points sensibles chez les décideurs. On peut par exemple présenter les règlements interdisant de fumer dans certains lieux publics comme protégeant la sécurité et la santé des enfants. Pour parvenir au résultat souhaité, il est essentiel de bien concevoir la coordination des stratégies adoptées envers les médias et les milieux politiques. L'Encadré 2 décrit comment, en Turquie, on a su mettre un terme à un programme de prévention de la fumée chez les jeunes, organisé par l'industrie du tabac.

Encadré 2. Une action coordonnée pour prévenir un partenariat université-industrie en Turquie

Les documents de Philip Morris indiquent qu'en 1992, au cours des débats du parlement turc concernant la deuxième loi sur le tabac, le siège local de l'entreprise avait prévu de faire échouer ce qu'il appelait la "proposition antipublicité". Son plan comportait des mesures visant à renforcer l'image de Philip Morris en tant qu'entreprise socialement responsable, afin de masquer ses intentions réelles quant à la loi antipublicité. La principale stratégie mise en œuvre consistait à proposer au ministère de l'éducation un programme de prévention du tabagisme chez les jeunes. Philip Morris ne parvint pas à ses fins, et la loi antitabac fut adoptée par le Parlement en 1996, mais l'entreprise lança tout de même son initiative de "prévention de la fumée des jeunes", afin d'améliorer son image. Elle se trouva un partenaire : la faculté des sciences de l'éducation de l'université du Bosphore, l'une des plus anciennes d'Istambul. En 2000, l'université annonça qu'elle entamait un projet dans les écoles, avec pour slogan "le pouvoir est à vous". La presse se fit l'écho d'un financement de Philip Morris (US$ 100 000), couvrant les coûts liés au projet. Ce projet était censément destiné à enseigner aux écoliers comment prendre en main leur style de vie; l'usage du tabac n'y était jamais évoqué. Le Comité national contre le tabagisme et pour la santé écrivit aux autorités universitaires afin de les prévenir des desseins cachés de ce don; ces autorités n'étaient en effet pas informées des intentions réelles de l'entreprise. En collaborant avec les médias, le Comité dénonça cette utilisation de l'argent du tabac, qui allait exposer en permanence les adolescents turcs au contact d'une industrie faisant la promotion d'un produit mortel. Les documents internes de Philip Morris dévoilant son intention d'influencer le législateur en 1992 furent rendus publics. Après d'autres pressions de la communauté internationale antitabac et des étudiants de l'université eux-mêmes, le ministère de l'éducation finit par intervenir pour mettre un terme à l'initiative *(5)*.

Communiquer et faire strictement respecter les mesures antitabac

Le grand public devra être tenu bien informé des effets positifs attendus des mesures antitabac prises par les gouvernements. Si l'on néglige la communication au public de ces mesures politiques, les populations risquent de percevoir à tort certaines dispositions antitabac comme restrictives des libertés individuelles. Il est donc essentiel de mener des campagnes de communication avant l'adoption et l'application concrète de ces mesures. Tout aussi essentiel pour l'efficacité des mesures législatives est de désigner et de préparer les organismes d'application chargés de les faire respecter. Bien menées et associées à des sanctions sévères en cas de transgression, les campagnes de communication publique contribueront largement à une bonne application de la loi.

Mettre l'industrie devant ses responsabilités

Les procédures judiciaires et les enquêtes publiques suscitent un intérêt au niveau international, et contribuent à réduire l'acceptabilité sociale de l'industrie du tabac. Avec le temps, elles pourront conduire à l'établissement d'un climat sociopolitique favorable à la lutte antitabac. Les pays devraient étudier la possibilité de lancer des procédures judiciaires pour renforcer leur action contre le tabagisme. Les organisations antitabac pourraient jouer un rôle de "chiens de garde sociaux", en surveillant l'application par l'industrie de la législation antitabac. En France par exemple, le Comité national contre le tabagisme (CNCT) engage des actions en responsabilité civile à l'encontre des sociétés qui violent les lois antitabac du pays, notamment en matière de publicité du tabac *(2)*.

Réglementer l'industrie

Tout en surveillant l'activité de l'industrie du tabac, on saisira chaque occasion pour étudier la possibilité de la réglementer. On devra en particulier chercher à réglementer la fabrication, les ventes et la présentation des produits à base de tabac, et notamment :

- définir des seuils acceptables de goudrons, nicotine et autres composants;
- employer des stratégies efficaces pour que les emballages et avis communiquent des messages de santé;
- appliquer des mesures pour combattre la contrebande, entre autres en imposant des numéros de série sur tous les paquets de cigarettes afin d'en permettre le suivi, ainsi que des chaînes de contrôle respectant des protocoles normalisés.

Enfin, certaines actions comme celles mentionnées à l'Encadré 3 seront à éviter par tous ceux qui participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes antitabac.

Encadré 3. Conseils d'experts : exemples d'actions dont les gouvernements et ONG devraient s'abstenir

- NE PAS s'associer avec les compagnies cigarettières pour mener des activités sans rapport avec le tabac. Le but véritable, quoique dissimulé, de ces activités consiste pour ces compagnies à s'"acheter" des bonnes grâces et à se montrer sous le jour d'entreprises citoyennes responsables. Les organismes gouvernementaux et ONG devraient ainsi refuser tout partenariat avec l'industrie du tabac dans les domaines suivants :
  - programmes de prévention des violences domestiques, comme on l'a vu en Australie, au Panama et en République de Corée;
  - programmes de vaccination, comme au Malawi;
  - programmes éducatifs et sportifs en direction de la jeunesse, comme en Argentine et en Thaïlande.
- NE PAS participer à des dialogues proposés par l'industrie : celle-ci dépeint toute participation à ce type de séances sous les traits d'une adhésion à ses programmes, comme on l'a vu au Chili, au Pérou, en Ouganda et au Venezuela.
- NE PAS accepter de compromis concernant les lieux non-fumeurs, prévoyant l'utilisation de systèmes de ventilation avancés et/ou des espaces séparés fumeurs/non-fumeurs comme alternatives aux lieux non-fumeurs. De tels compromis sont inefficaces en tant que mesures de santé.
- NE PAS reconnaître les programmes de "confort" ou de "courtoisie du choix" proposés par l'industrie, qui ne constituent PAS des mesures de protection de la santé.
- NE PAS endosser les programmes de prévention du tabagisme chez les jeunes proposés par les cigarettiers, NE PAS y participer, NE PAS en être partenaires. Ces programmes ont fait la preuve de leur inefficacité, et ils excluent souvent certaines mesures dont l'efficacité est établie, telles que révéler les agissements de l'industrie du tabac. Prenant prétexte de ces programmes, les cigarettiers s'efforcent en contrepartie d'amener les gouvernements à se prononcer en faveur de législations moins fermes, qui ne réduisent pas réellement la consommation de tabac.
- NE PAS concentrer toutes les actions antitabac sur les programmes dans les écoles, qui sont souvent financés par l'industrie du tabac. Les programmes dans les écoles n'ont d'utilité que dans le cadre d'un programme antitabac global.
- NE PAS accepter de compromis sur l'augmentation des taxes en prêtant foi à l'industrie du tabac lorsqu'elle invoque l'augmentation de la contrebande. Bien au contraire, l'alourdissement de la taxation doit s'accompagner de mesures visant à combattre la contrebande.
- NE PAS accepter de compromis sur l'interdiction globale de la publicité. Toute solution de compromis consistant à limiter l'interdiction de publicité, législative ou réglementaire, à des lieux, des manifestations ou des activités destinées aux mineurs, serait très difficile à appliquer, et doit donc être rejetée.

LA CCLAT OMS : UNE AIDE INTERNATIONALE AUX PAYS POUR AFFRONTER L'INDUSTRIE DU TABAC

La CCLAT OMS *(7)* recommande des interventions spécifiques contre les agissements de l'industrie du tabac visant à déstabiliser la mise en place de programmes antitabac.

- Le Préambule reconnaît pour les pays "la nécessité d'être informé des activités de l'industrie du tabac qui ont des répercussions négatives sur les efforts de lutte antitabac".
- L'Article 10 indique que les entreprises devront communiquer les informations relatives à tous les constituants toxiques du tabac et à leurs émissions, éléments que l'industrie a dissimulés pendant des années.
- L'Article 12 prescrit "l'accès du public [...] à un large éventail d'informations concernant l'industrie du tabac pertinentes au regard de l'objectif de [la] Convention".
- C'est aussi l'Article 12 qui prescrit aux organismes antitabac de ne pas être liés à l'industrie du tabac.
- L'Article 13 recommande que toute forme de publicité ou de promotion soit interdite à l'industrie du tabac, de même que le parrainage de toute activité socialement acceptable.
- L'Article 19 demande aux Parties d'envisager "de prendre des mesures législatives ou de promouvoir les lois existantes, si nécessaire, en matière de responsabilité pénale et civile, y compris l'indemnisation le cas échéant". (On remarquera que la CCLAT OMS fait ici œuvre pionnière : c'est la première fois dans l'histoire où des questions de responsabilité sont abordées dans un traité international).
- L'Article 20 stipule que la recherche et l'échange d'informations entre Parties doit s'appliquer, entre autres, aux pratiques de l'industrie du tabac, notamment en établissant un système mondial chargé de recueillir et de diffuser des informations sur les divers aspects de la production de tabac et de la lutte antitabac, et sur les activités de l'industrie du tabac qui ont un impact sur les activités nationales de lutte antitabac.

RÉSUMÉ

L'industrie du tabac prospère toujours. On connaît des mesures efficaces pour réduire la consommation du tabac, dont l'efficacité est démontrée. Il est nécessaire de développer des capacités nationales pour surveiller l'industrie du tabac et neutraliser son action visant à empêcher ou à retarder les interventions antitabac. Les preuves accumulées des méthodes employées par les entreprises cigarettières pour faire obstacle à la lutte antitabac, ainsi que l'expérience internationale acquise en matière d'extension du mouvement antitabac, peuvent apporter un appui technique en ce domaine.

Références

1. Enstrom JE, Kabat GC. Environmental tobacco smoke and tobacco-related mortality in a prospective study of Californians, 1960–98. *British Medical Journal* Vol. 326, 17 mai. (http://bmj.com/cgi/reprint/326/7398/1057.pdf)

2. http://www.cnct.org/

3. WHA56.1. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. In : *Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19–28 mai 2003. Volume I. Résolutions et décisions, et liste des participants.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHA56/2003/REC/1)

4. Tobacco industry monitoring report. October 2002–December 2002. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://tobacco.who.int/repository/stp91/tob-ind-monitoring02.pdf)

5. Banque mondiale. *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf)

6. Dagli E, Lawrence S. Tobacco Companies andYouth Projects. *Filter Online*, Vol. 1, No. 2, June2001. http://filter.tobinfo.org/archives/200103/

7. WHA56.1. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. In : *Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19–28 mai 2003. Volume I. Résolutions et décisions, et liste des participants.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHA56/2003/REC/1)

Bibliographie

Les entreprises cigarettières et leur développement

Van Liemt, G. *The World Tobacco Industry: Trends and Prospects*. Genève, Bureau international du travail, 2002. http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/tobacco/wp179.pdf

Guindon GE, Boisclair D. *Past, Current and Future Trends in Tobacco Use*. HNP

Discussion Paper. Genève, Initiative pour un monde sans tabac, World Health Organization. February 2003. URL: http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon.pdf

Les documents internes de l'industrie du tabac et ses pratiques

Tobacco Industry Conduct. Sélection de ressources publiée sur le site de l'Initiative pour un monde sans tabac, http://www.who.int/tobacco/en (études de cas sur les obstacles dressés par l'industrie du tabac à l'action législative dans différents pays).

Compilation de documents concernant les "*sales coups et vraies histoires de l'industrie du tabac*", sur le site Action on Smoking and Health UK. URL : http://www.ash.org.uk/.

Tobacco Explained. The truth about the tobacco industry... in its own words. Adapté en vue de la Journée mondiale sans tabac, 17 mai 2000. Initiative pour un monde sans tabac. Organisation mondiale de la Santé 2000. En ligne sur http://www.who.int/tobacco/en/ (extraits et citations des documents internes de l'industrie).

Tobacco Industry Activities to Market Cigarettes and Undermine Public Health in Latin America and the Caribbean. In : Organisation panaméricaine de la Santé. *Profits Over People*, novembre 2002 (http://www.paho.org/English/HPP/HPM/TOH/profits_over_people.pdf (fiches résumées sur http://www.paho.org/English/HPP/HPM/TOH/profits_over_people-ss.pdf)

Smoke and Mirrors. How the Tobacco Industry Buys & Lies Its Way to Power & Profits.The Advocacy Institute, Washington, DC, août 1998. (Un excellent survol des stratégies et manœuvres déployées par les compagnies cigarettières pour maintenir leurs profits).

Les ripostes à l'industrie du tabac

A movement rising. *A strategic analysis of U.S. tobacco control advocacy*. The Advocacy Institute, Washington, DC, mars 1999 (http://www.advocacy.org/publications/pdf/amovementrising.pdf (ressource utile au développement de mouvements antitabac dans les pays).

Developing Legislation for Tobacco Control. Template and Guidelines. Organisation panaméricaine de la Santé, mai 2002. (http://www.paho.org/English/HPP/HPM/TOH/tobacco_legislation.pdf) (conseils pour élaborer un cadre législatif de lutte antitabac)

Communicating the Evidence for Tobacco Control. Myths & Facts. Penang (Malaisie), Clearinghouse for Tobacco Control, National Poison Centre, 2002.

Blanke DD. *Towards health with justice. Litigation and public inquiries as tools for tobacco control*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002. (http://tobacco.who.int/repository/stp69/final_jordan_report.pdf) (survol des procédures judiciaires lancées dans différents pays)

ANNEXE 1 :

L'accès et l'exploration des documents internes de l'industrie du tabac

Il existe de nombreux sites Web qui donnent accès à ces documents et collections de documents. On mentionnera parmi les ressources principales :

Outils de recherche généralistes

Stella Aguinaga Bialous & Stan Shatenstein, Séminaire OMS – TFI: Internet 101: Following the tobacco trail on the web, World Conference on Tobacco or Health, Helsinki (Finlande), août 2003.

Actualités et informations

- Google News: http://news.google.com/
- Yahoo! News: http://news.yahoo.com/
- Moreover [Inscription requise]: http://w.moreover.com/
- World News: http://www.worldnews.com
  [Recherche avancée: http://www.worldnews.com/s/worldnews/adv_search.html]
- Tobacco Factfile [BMA]: http://www.tobaccofactfile.org/
- Tobacco.org: http://www.tobacco.org/articles/edition/9999/
- Globalink: http://www.globalink.org/

Revues médicales

- Medline [Résumés]: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/
- Bioscience [Liens vers les revues]: http://bioscience.org/urllists/jourlink.htm

Sites des multinationales du tabac

- Philip Morris International: [PMI] http://www.philipmorrisinternational.com/
- British American Tobacco: [BAT] http://www.bat.com
- Japan Tobacco International: [JTI] http://www.jti.com/english/

Compagnies nationales et internationales (plusieurs d'entre elles proposent en outre des pages d'actualités)

- Altadis: [France-Espagne] http://www.altadis.com/home_en.php3
- Austria Tabak: [en allemand. voir Gallaher] http://www.austriatabak.at/new/
- Brown & Williamson: [États-Unis d'Amérique. Voir BAT] http://www.bw.com/home.html
- ETI: [Ente Tabacchi Italiani] http://www.etispa.it/index.asp?linid=1
- Gallaher: [UK] http://www.gallaher-group.com/
- Hongta: [Chine] http://www.hongta.com/ehtml/hongta.html
- ITC: [Inde] http://www.itccorporate.com/sets/cigarette_frameset.htm
- Imperial Tobacco: [IT, Royaume-Uni] http://www.imperial-tobacco.com/
- Imperial Tobacco Canada: [Voir BAT] http://www.imperialtobaccocanada.com/
- KG&T: [Korea Ginseng & Tobacco (Corée)] http://www.ktg.or.kr/

- Reemtsma: [Allemagne. Voir Imperial Tobacco] http://www.reemtsma.com/uebergang/index.php?lang=en
- RJ Reynolds: [États-Unis d'Amérique] http://www.rjrt.com/home.asp
- Souza Cruz: [Brésil. Voir BAT] http://www.souzacruz.com.br/
- Swedish Match [Suède] : http://www.swedishmatch.com/eng/
- Liens vers diverses compagnies : http://www.geocities.com/Paris/Villa/2913/companie.htm

Revues professionnelles du tabac

Elles présentent des informations utiles sur les questions et l'actualité du tabac, dont certaines d'accès gratuit. D'autres impliquent un abonnement, mais peuvent être consultées gratuitement après archivage.

- Tobacco Journal International: http://www.tobaccojournal.com/
- Tobacco Reporter: http://www.tobaccoreporter.com/
- Tobacco Asia: http://www.tobaccoasia.com/

Documents de l'industrie du tabac publiés en ligne

Sites entretenus par l'industrie

- Brown & Williamson: [B&W] http://www.bwdocs.com/
- Lorillard: http://www.lorillarddocs.com/
- Philip Morris: [PM] http://www.pmdocs.com
- RJ Reynolds: [RJR] http://www.rjrtdocs.com/rjrtdocs/index.wmt?tab=home
- Council for Tobacco Research: [CTR] http://www.ctr-usa.org/ctr/index.wmt?tab=home
- Tobacco Institute: http://www.tobaccoinstitute.com/
- Tobacco Archives: [Accès à chacun des 6 sites ci-dessus] http://www.tobaccoarchives.com/
- Gallaher: http://www.gallaher-docs.com/subindex.htm

Sites présentant les documents de l'industrie, entretenus par des gouvernements, universités et autres parties intéressées

La plupart de ces sites permettent d'explorer la totalité des sites de l'industrie en une seule recherche. Celle-ci présente bien des avantages, mais n'est pas toujours la plus actualisée, par exemple concernant les derniers documents de Philip Morris.

- CDC: Industry Documents: http://www.cdc.gov/tobacco/industrydocs/index.htm
- Legacy Tobacco Documents Library: http://legacy.library.ucsf.edu/
- Tobacco.org: http://www.tobacco.org/Documents/documents.html
- TDO [Tobacco Documents Online]: http://tobaccodocuments.org/
- TDO: Anne Landman collection: http://tobaccodocuments.org/landman/
- Tobacco Industry Document Gateway (Université de Sydney):
- http://tobacco.health.usyd.edu.au/site/gateway/docs/other.htm

- United States House Committee on Commerce Tobacco Documents [Bliley Set, également disponible sur TDO]: http://www.house.gov/commerce/TobaccoDocs/documents.html

Documents de Guildford (dans la mesure où ils sont publiés sur l'Internet : collections limitées et quelques doublons)

- British Columbia: http://www.healthplanning.gov.bc.ca/guildford/index.html
- CDC: http://outside.cdc.gov:8080/BASIS/ncctld/web/guildford/sf
- Santé Canada: http://www.ncth.ca/Guildford.nsf
- NCTH [National Clearinghouse, Canada]: http://www.ncth.ca/Guildford.nsf
- TDO [Tobacco Documents Online]: http://tobaccodocuments.org/
- UCSF [Université dee Californie à San Francisco]: http://www.library.ucsf.edu/tobacco/batco/

Rapports de recherche et de surveillance de l'industrie établis d'après ses documents

- Americans for Nonsmokers' Rights Tobacco Industry Tracking Database: http://www.no-smoke.org/tidbase.html
- Globalink: http://www.globalink.org/tobacco/docs/
- ICIJ [International Consortium of Investigative Journalists]: www.icij.org/dtaweb/report.asp?ReportID=62&L1=10&L2=70&L3=10&L4=0&L5=0
- London School of Hygiene and Tropical Medicine: http://www.lshtm.ac.uk/cgch/tobacco/ [Manuel de recherche de LSH&TM: http://www.lshtm.ac.uk/cgch/tobacco/industry_docs.htm]
- Non-Smokers' Rights Association [NSRA, Canada] http://www.nsra-adnf.ca/
- Organisation mondiale de la Santé [OMS et Bureaux régionaux]: http://www.who.int/tobacco/en/
- The Cigarette Papers: [1996, texte intégral en ligne] http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft8489p25j/
- Tobacco Control Supersite: (Université de Sidney) http://dev.health.usyd.edu.au/tobacco/
- Tobacco Scam [Lieux publics et restaurants sans fumée]: www.tobaccoscam.ucsf.edu
- Tobacco Control [Revue]: http://tc.bmjjournals.com/
- University of California San Francisco: http://www.library.ucsf.edu/tobacco/

- GLOBALink, le Réseau international antitabac, gère une liste de discussion à l'intention des personnes intéressées à l'exploration des documents de l'industrie. Il a en outre élaboré un outil d'exploration et d'archivage automatiques, qui apporte une aide à la recherche et au téléchargement de documents. Pour d'autres informations, contacter help@globalink.org

- The Tobacco Industry Documents: an Introductory Handbook and Resource Guide for Researchers
  Ross MacKenzie, Jeff Collin et Kelley Lee
  http://www.lshtm.ac.uk/cgch/tobacco/industry_docs.htm

Ce manuel est conçu comme une initiation destinée aux personnes intéressées à explorer les collections en ligne des documents de l'industrie. Il traite entre autres de l'histoire de ces documents, de la façon de les explorer en ligne (avec des exemples), et propose une importante liste de ressources en ligne, notamment des publications établies sur la base des documents, des sources d'information en ligne, et des articles et rapports concernant divers aspects de la lutte antitabac.

Autres publications portant sur l'exploration de la base de données documentaire

1. Searching tobacco industry documents: information and hints. In: Hammond R, Rowell A. *Trust us: we're the tobacco industry. Campaign for Tobacco-Free Kids* (USA), Action on Smoking and Health (UK), mai 2001 (http://www.ash.org.uk/html/conduct/html/trustus.html#_Toc514752798).
2. Searching tobacco industry documents: basic information, steps and hints. In: *Tobacco Fact Sheets*. 11th World Conference on Tobacco or Health. URL: http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/searching.pdf
3. *The tobacco industry documents. What they are, what they tell us and how to search them. A practical manual*. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Le Caire, 2002.
4. Glantz, Stanton A et al., eds. *The Cigarette Papers*. Berkeley University of California Press, 1996 (http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft8489p25j/)
5. Balbach, ED, Gasior R and Barbeau E. Tobacco Industry Documents: Comparing Depository and Internet Searching. *Tobacco Control*, 2002, 11: 68–72.

14

Constituer des partenariats efficaces

On ne peut applaudir d'une seule main

—Proverbe chinois

Les responsables politiques font les lois, et décident lesquelles introduire et à quel moment. Les associations de citoyens et d'entreprises peuvent exercer une influence considérable dans l'élaboration de la loi : elles peuvent l'accélérer ou la retarder, en élargir ou en restreindre la portée, et faciliter ou entraver son application effective.

Dans tous les pays où une législation antitabac a été mise en place avec succès, les ONG ont joué un rôle majeur par leurs campagnes en faveur du changement. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT OMS) reconnaît que "la participation de la société civile est essentielle pour atteindre l'objectif de la Convention", et encourage la participation des ONG à l'action antitabac aux niveaux national et international.

Ce chapitre décrit comment les associations peuvent contribuer à l'action antitabac dans le domaine législatif. Il propose notamment :

- des éclairages sur le rôle et les responsabilités de la société civile;
- des indications sur les méthodes d'établissement et de renforcement de mouvements nationaux antitabac;
- des directives de collaboration avec le secteur privé.

LE RÔLE DES ONG

En matière de lutte antitabac, les gouvernements ne peuvent pas rester neutres. S'il n'a pas de politique en la matière, ou si elle est insuffisante, il laisse le champ libre à l'industrie du tabac, ce qui conduit à une augmentation des ventes de tabac et des risques pour la santé. S'il adopte une politique antitabac globale, il donne la priorité à la santé et l'usage du tabac décroît. En acceptant le texte de la CCLAT OMS, les États Membres ont montré leur volonté de remplacer des politiques favorables à l'usage du tabac par des politiques favorables à la santé.

Les ONG locales et mondiales jouent un rôle essentiel pour encourager et aider les gouvernements à créer un climat politique favorable à la lutte antitabac. Les ONG peuvent appuyer les gouvernements dans la ratification de la CCLAT OMS comme dans l'adoption et l'application de lois qui lui seront conformes. Le mouvement antitabac non gouvernemental devrait avoir pour mots d'ordre "éduquer, mobiliser, défier" : faire prendre conscience de la CCLAT OMS, mobiliser des alliés et des soutiens, affronter la propagande des groupes protabac, telles sont en effet les principales responsabilités de ces ONG. Elles devront ainsi :

- **Instaurer dans l'opinion nationale un climat favorable à l'action antitabac :** il faudra pour cela une prise de conscience générale dans la société de l'importance comparée du tabagisme en tant que problème sanitaire, social et économique majeur, et de la nécessité de prendre des dispositions politiques à cet égard. Ce qui implique de collaborer avec les médias, d'organiser des manifestations de promotion, d'encourager les initiatives communautaires, ainsi que de produire et de diffuser des informations concernant la CCLAT OMS.
- **Appuyer le gouvernement dans toute action antitabac nécessaire :** il s'agit ici de soumettre au gouvernement et au parlement des rapports, recommandations et

propositions en matière de lutte antitabac. Le meilleur moyen d'obtenir un soutien politique consiste à fournir aux responsables politiques et à la société une réponse satisfaisante à cette question : quelles sont les interventions qui fonctionnent, et à quel coût économique et social ? S'il est possible d'obtenir des bénéfices sanitaires incontestables à un coût raisonnable, la plupart des responsables politiques se prononceront en faveur d'une loi de santé. Pour influencer ces responsables, il faudra aussi leur montrer que la lutte antitabac est bien reçue dans la communauté. Dans la plupart des pays, les enquêtes nationales donnent une forte majorité de fumeurs et de non-fumeurs comme favorables à des mesures antitabac *(1)*.

- **Identifier les priorités législatives nationales antitabac et contribuer à élaborer un corpus législatif, en présentant les différents choix possibles à l'appréciation politique :** il s'agit là de donner une opinion argumentée à propos de la législation existante, et de proposer de nouvelles lois et initiatives politiques efficaces et peu coûteuses, correspondant au pays et à ses coutumes *(2, 3)*.
- **Faire valoir que les mesures antitabac apportent une réponse rationnelle et efficace à l'épidémie :** préparer l'action publique de façon à maintenir l'accent sur la santé et la protection des jeunes contre la dépendance. Ne pas permettre à l'industrie de faire dévier le débat sur des questions de "choix personnels" ou de "liberté d'expression". Toutes les démocraties admettent comme légitimes les restrictions qui visent à préserver le bien-être des populations. John Stuart Mill, philosophe utilitariste, prescrivait: "Les droits de l'individu doivent être limités en ceci, qu'il ne doit pas devenir lui-même un fléau pour les autres." *(4)*
- **Faire prendre conscience que l'industrie du tabac a été et demeure irresponsable dans ses actes :** les cigarettiers s'efforcent de se présenter sous les traits d'entreprises responsables agissant dans un secteur sujet à controverse. La réalité demeure que l'industrie du tabac est une "industrie prédatrice" qui troque la dépendance contre le profit. Sa prétention d'être partie prenante légitime au processus législatif doit être contestée. Comme le dit un militant kenyan, "demander à l'industrie son avis sur la législation du tabac revient à demander au cambrioleur où construire le poste de police" *(5)*.
- **Conférer à la campagne antitabac une image publique forte et respectable :** les professionnels de la santé jouissent habituellement d'une estime particulière dans la communauté. On leur associe une aura de compassion, de soins et d'intérêt collectif, plutôt que de bénéfices commerciaux. En agissant à titre individuel ou par l'intermédiaire de leurs associations, ces professionnels pourront donner à la campagne une image forte vis-à-vis du public.

En un clin d'œil : les six travaux des ONG

- Instaurer dans l'opinion nationale un climat favorable à l'action antitabac;
- Appuyer le gouvernement dans toute action antitabac nécessaire
- Identifier les priorités législatives nationales de lutte antitabac et contribuer à élaborer un corpus législatif, en présentant les différents choix possibles à l'appréciation politique
- Faire valoir que les mesures antitabac apportent une réponse rationnelle et efficace à l'épidémie
- Faire prendre conscience que l'industrie du tabac a été et demeure irresponsable dans ses actes
- Conférer à la campagne antitabac une image publique forte et respectable

CE QUE PEUVENT FAIRE LES ONG

Les groupes suivants sont les cibles principales de l'activisme antitabac des ONG, car ce sont eux dont les décisions et l'action déterminent en dernière analyse la viabilité à long terme du marché du tabac. Il s'agit :

- des décideurs politiques;
- des populations (fumeurs et non-fumeurs), entreprises, syndicats, et de bien d'autres partisans potentiels de la lutte antitabac;
- des médias de masse.

Ce que devraient faire les ONG pour combattre efficacement le tabagisme :

- tenir régulièrement les principaux législateurs au courant des grandes tendances du tabagisme;
- convaincre les responsables politiques de rendre public leur soutien à des lois antitabac;
- fournir aux ministres de la santé et autres principales personnalités politiques des éléments concernant les différentes options législatives possibles;
- rencontrer et informer les responsables de tous les ministères concernés;
- avoir conscience de la dynamique politique interne du gouvernement.

Les décideurs politiques

Il conviendra de tenir des séances de mise à jour avec les principaux législateurs, qui seront l'occasion de les informer des véritables enjeux du tabagisme et de leur présenter les responsables du mouvement antitabac *(6)*. Pour être efficaces, ces séances devront d'abord mettre en évidence les avantages d'une réglementation du tabac, mais aussi dissiper les mythes qui brouillent le sujet. On diffusera des documents de politique clairs

et concis, portant sur des questions telles que l'analyse coûts-avantages de la production et de la consommation de tabac, les effets sur le milieu et l'emploi, les coûts comparés pour la santé et les pertes de productivité, ainsi que les avantages découlant de politiques antitabac établies. La régularité de ces documents et des rencontres avec les membres du gouvernement et les responsables de l'opposition sera essentielle pour maintenir leur intérêt et entretenir leur volonté de protéger la population contre le tabagisme.

Aux premiers stades de la campagne, il importera d'obtenir des responsables politiques un soutien officiel aux lois antitabac. La forme idéale en la matière serait celle d'une déclaration en séance parlementaire, mais un discours en réunion publique ou un communiqué de presse suivant une rencontre avec des associations de protection de la santé conviendront aussi. L'engagement public de hauts responsables politiques en faveur de la lutte antitabac ne peut que renforcer la campagne.

Une fois la décision prise d'élaborer une législation, la question majeure devient celle de son contenu. La CCLAT OMS constitue un excellent point de départ pour cela, mais comme l'indique son Article 2.1, "les Parties sont encouragées à appliquer des mesures allant au-delà des dispositions de la Convention et de ses protocoles, et rien dans ces instruments n'empêche une Partie d'imposer des restrictions plus sévères [...]". En fournissant aux ministres de la santé et autres principaux responsables politiques des arguments solides sur les différentes options législatives envisageables, on leur permettra de choisir rationnellement celle qui convient le mieux et de défendre leur politique.

Même si le ministre de la santé est le premier concerné par la lutte antitabac, il est également important de rencontrer les ministres des finances, de l'agriculture, du commerce, des sports, de la culture et autres, dont l'appui sera nécessaire. Les partis gouvernementaux comme ceux de l'opposition devront être tenus au courant : la santé n'est généralement pas un thème partisan, et la diversité politique constitue un atout pour un mouvement de santé publique.

On aura enfin conscience de la dynamique politique à l'œuvre au sein du gouvernement. Certains ministres sont "plus égaux que d'autres", et jouissent de la confiance du premier ministre ou du président, indépendamment de leur portefeuille. Il est donc crucial d'obtenir le soutien de ces influents personnages.

Le soutien public

Le lobbying politique direct ne suffira pas, à lui seul, à arrêter l'industrie. Il faudra aussi se gagner la faveur du public, par un programme global de communication et de mobilisation en direction des fumeurs et non-fumeurs, et des autres alliés possibles. On gardera à l'esprit que les fumeurs ne sont pas le problème : c'est l'industrie qui est le problème. La plupart des fumeurs souhaitent s'arrêter, ne veulent pas voir les enfants fumer, reconnaissent qu'il est préférable de ne pas fumer en public et appuient les législations antitabac. Une minorité de fumeurs agités peut bien s'acharner contre les lois, mais il serait injuste d'en marginaliser la majorité du fait d'agissements marginaux.

La mobilisation de masse repose sur deux principales ressources : les interventions dans les médias, et la gestion d'une base de données regroupant les partisans de la cause antitabac. Cette base de données devra comprendre toutes les personnes et organisations avec

lesquelles entretenir des relations régulières. À mesure que se présenteront des ouvertures politiques, ces groupes deviendront des partenaires indispensables pour communiquer avec les décideurs et les médias. Pour ces partisans, les voies de communication les plus évidentes seront un bulletin d'information et le courrier électronique.

Il importe de bien comprendre que les dangers du tabac pour la santé sont si grands, et la nécessité de le réglementer si manifeste, qu'il n'y a aucun besoin de surenchère. Il est préférable de présenter les arguments de façon posée et rationnelle, sans exagération.

On étudiera aussi la possibilité de solliciter l'appui de la collectivité à travers les médias, que ce soit par des espaces publicitaires payants ou par des communiqués d'intérêt public. En Afrique du Sud, où l'industrie combattait une interdiction de publicité du tabac, ses arguments ont été réfutés avec élégance par une contre-publicité radiophonique faisant intervenir un ancien fumeur atteint d'un cancer du larynx. Première voix : "L'industrie du tabac nous dit que l'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac porte atteinte à la liberté de parole. Nous avons demandé à un ancien fumeur : qu'en pensez-vous ?" Réponse d'une autre voix, métallique et artificielle : "Quand on perd la voix avec un cancer du larynx, on n'a plus beaucoup de liberté de parole." Non seulement cette publicité permit de marquer un point important dans l'opinion, mais elle fit fortement augmenter le nombre des appels sur une "ligne de sevrage", de la part de fumeurs désirant s'arrêter.

Les médias de masse

Il est absolument essentiel que les médias soient informés de façon exacte sur les grandes questions du tabac. Si l'opinion publique se forme dans le temps, elle peut se modifier très rapidement sous l'influence de médias hostiles *(7)*. Les ONG, les organisations professionnelles, les institutions de recherche et les gouvernements peuvent s'unir pour constituer et faire avancer un dossier de législation dont l'évidence s'impose, et qui recueillerait l'adhésion de tous les secteurs de la société.

Le programme de communication devra produire des articles de presse et des documents de recherche concernant les avantages des contributions indirectes, l'interdiction de publicité et celle de fumer dans les lieux publics, l'économie du tabac, les effets indésirables de politiques mal conçues, les bénéfices du sevrage, et la désinformation pratiquée par l'industrie du tabac. On sollicitera différentes personnalités et organisations pour rédiger ces articles et communiqués, car la presse n'aime guère publier en rafale des contributions d'une même source sur une longue période.

Il faudra mettre en place un dispositif permettant de recenser les sujets et les éditoriaux consacrés au tabac par les radios, télévisions, quotidiens et périodiques de tout le pays. On sera ainsi en mesure de détecter rapidement les nouveaux thèmes qui seront soulevés dans le débat. Il est particulièrement important de ne laisser aucune affirmation de l'industrie sans réplique. Quant aux réponses aux médias, on pourra employer le droit de réponse, le courrier des lecteurs, des réunions avec les comités de rédaction ou les journalistes, ou des séances de briefing.

Ce système de suivi des médias pourra être plus ou moins structuré. On pourra ainsi avoir recours aux services d'organismes spécialisés, qui sont en général rapides et très

complets, mais souvent chers. On pourra de façon moins formelle demander à un réseau d'amis et de collègues d'envoyer quotidiennement des extraits de presse à un bureau central, par télécopie ou courrier électronique.

Les médias seront peut-être divisés sur la question du tabac. Certains se prononceront en faveur des lois antitabac, d'autres y seront ouvertement hostiles, notamment s'ils risquent d'y perdre des recettes publicitaires. S'il est indispensable de réfuter toute affirmation erronée, on s'abstiendra de prendre à partie les journalistes ou éditorialistes : la règle s'applique, selon laquelle on ne polémique pas avec ceux "qui achètent leur encre au litre"; les journalistes auront toujours le dernier mot.

LES STRUCTURES DU MOUVEMENT ANTITABAC

En matière de lutte antitabac comme ailleurs, le cliché veut que "Personne ne peut tout faire, mais chacun peut faire quelque chose". Pour parvenir à ses fins, le mouvement antitabac doit savoir faire appel aux compétences de nombreuses personnes et associations :

- des scientifiques, pour les connaissances approfondies qu'ils peuvent mettre au service de la lutte antitabac;
- des militants et associations bénévoles, afin de mobiliser les communautés et d'appeler à l'action;
- des stratèges qui sauront anticiper et bloquer les manœuvres de l'industrie du tabac;
- des journalistes et autres professionnels des médias prêts à parler vrai sur le tabagisme, mais aussi à affronter l'autocensure imposée par les recettes publicitaires issues du tabac;
- des économistes en mesure d'évaluer les coûts financiers du tabagisme pour la société, ainsi que l'emploi alternatif qui serait créé dans une société sans tabac;
- des juristes qui aideront à rédiger et à analyser des propositions de lois;
- des agences de publicité, capables de monter des campagnes créatives pour soutenir la cause;
- des syndicats, qui dénonceront les légendes relatives au tabac et à l'emploi et souhaiteront protéger les travailleurs contre le tabagisme actif et passif;
- des responsables patronaux prêts à appuyer financièrement la lutte antitabac, et à mettre en place des lieux de travail sans fumée;
- des chercheurs en mesure de fournir des informations détaillées sur la prévalence tabagique et les croyances, connaissances et attitudes des populations;
- des célébrités, chefs religieux, médecins, infirmières et sportifs qui apporteront leur charisme personnel et leur soutien;
- des parents qui se joindront aux non-fumeurs dans des campagnes de lettres exigeant une atmosphère saine;
- des amis, pour se retrouver et partager des renseignements sensibles, et notamment pour suivre les initiatives politiques gouvernementales et les réactions de l'industrie.

Les mouvements antitabac efficaces se construisent par un travail d'équipe, et se fondent sur des compétences multiples. Toute personne préoccupée par le tabagisme y trouvera sa place : il ne s'agit pas d'un club privé réservé aux activistes. Le mouvement devra respecter les valeurs, intérêts, craintes et enthousiasmes de ses membres. S'il fonctionne bien, il deviendra davantage que la somme de ses parties et donnera à chacun(e) le sentiment de participer au progrès.

Les coalitions d'ONG

La direction du mouvement est généralement assurée par un petit nombre d'ONG coalisées. Ces coalitions présentent le grand avantage d'éviter les doublons, d'élargir le champ géographique en reliant entre elles des personnes de tout le pays, de multiplier les ressources en les partageant, et de présenter un front uni pour le changement.

Au Canada, c'est une vaste coalition de plus de 200 organisations, regroupées autour d'un noyau central de cinq organisations spécialisées, qui a animé la campagne. De même, en Afrique du Sud, la campagne en faveur de la législation antitabac a été dirigée par un groupement de trois ONG représentant des associations de lutte contre le cancer, les maladies cardiaques et le tabagisme, qui à leur tour ont mobilisé des alliés dynamiques pour mener des campagnes ponctuelles.

Si les avantages des coalitions sont évidents, celles-ci présentent aussi dans la pratique un certain nombre d'aléas. On peut voir surgir des conflits en matière de financement ou de reconnaissance de l'action menée par la coalition, qui risquent de susciter jalousies et défiances. Les coalitions consacrent parfois plus de temps à leur propre administration qu'à leurs campagnes; leurs membres peuvent reporter sur la coalition toute la charge de la lutte antitabac, et donc réduire leur activité autonome à cet égard; leurs décisions peuvent être lentes, compte tenu des procédures respectives de ces membres.

On pourra éviter ces écueils en respectant quelques règles de base :

- Les dirigeants de la coalition seront profondément attachés à la lutte antitabac, et donc prêts à mettre de côté leurs intérêts étroits en faveur de l'intérêt général;
- Les objectifs de la coalition devront être explicitement établis, en sorte que chaque membre comprenne clairement la nature de son engagement;
- Les structures de décision devront permettre d'agir avec rapidité et souplesse. Les organisations membres devront consentir à leurs représentants le pouvoir de s'engager en leur nom;
- Aucune décision de la coalition ne sera contraignante pour ses membres, à moins que tous ne s'y rallient. Chaque organisation devra conserver sa liberté de parole et d'action en toute autonomie, hors de la coalition;
- La coalition sera financée par ses membres selon une formule convenue. En principe, la coalition ne devrait pas se trouver en concurrence avec ses membres dans la recherche de financements extérieurs;
- La coalition communiquera régulièrement avec tous ses membres pour les tenir impliqués et informés, et pour intégrer la lutte antitabac à leurs activités courantes.

Les ressources de la lutte antitabac

Dans de nombreux pays à faibles revenus, la lutte antitabac n'est l'affaire que de quelques personnes dévouées qui y consacrent une partie de leur temps. C'est une action menée par des professionnels de la santé qui se sentent concernés, et depuis peu par des juristes et consuméristes, dans le cadre de leur travail mais à titre volontaire et en faible proportion. Bien que ce soit l'initiative individuelle et non une coalition organisée qui préside à l'initiative, les réseaux ainsi établis se sont montrés d'une grande efficacité pour inscrire la lutte antitabac à l'ordre du jour des débats politiques. Pour de tels types d'action, tout accroissement de ressources se traduirait par d'énormes bénéfices.

Les ONG disposent de diverses sources de financement, notamment de la part des gouvernements, des organisations internationales et des entreprises. Dans des pays comme l'Afrique du Sud, l'Australie, le Royaume-Uni ou la Suède, par exemple, les gouvernements ont mandaté des ONG pour proposer des programmes de sevrage; ils peuvent même parfois les financer directement, comme dans le cas d'Action on Smoking and Health (Royaume-Uni).

Il existe en outre nombre d'organisations de développement international, de fonds fiduciaires et de fondations qui financent les activités des ONG. Tout récemment, Cancer Research (Royaume-Uni), l'American Cancer Society et l'UICC ont créé un fonds destiné à soutenir le renforcement des capacités humaines en matière de lutte antitabac.

Les entreprises financent des initiatives collectives pour deux raisons : un réel souci philanthropique, et un intérêt commercial. Dans la première perspective, l'aide est généralement accordée aux ONG pour qu'elles l'emploient à leur guise; dans la seconde, elle sera sans doute liée à des buts précis. Certaines entreprises ont découvert qu'associer leur marque à une cause en vogue pouvait favoriser leurs intérêts commerciaux avec tout autant d'efficacité qu'une campagne de marketing classique, pour un coût bien moindre : on achètera leurs produits en pensant soutenir une juste cause. Lorsque ce type de "marketing humanitaire" fonctionne bien, chacun est heureux et gagnant : l'entreprise, son personnel, ses clients et les bénéficiaires de l'opération. Le problème est que, dans la plupart des cas, tout le monde n'est pas gagnant : les entreprises ne financent que des œuvres et des initiatives présentant un potentiel de masse en termes de relations publiques, et non des causes moins "attrayantes" ou moins connues.

En revanche, les entreprises financeront des ONG avec lesquelles elles partagent un intérêt commun. Les laboratoires pharmaceutiques qui vendent des produits d'aide au sevrage savent bien qu'un fort climat antitabac poussera sans doute davantage de fumeurs à s'arrêter, élargissant ainsi leur base de clientèle. Ces entreprises ont donc un intérêt à promouvoir la lutte antitabac, et notamment le sevrage.

Il existe pourtant de nombreux militants de la santé qui se refusent à collaborer avec les multinationales pharmaceutiques, en les accusant d'abuser de leurs brevets pour maintenir le prix de certains médicaments essentiels à des niveaux trop élevés pour les pays pauvres. En outre, le but premier de ces sociétés consiste à vendre des traitements d'aide au sevrage, et les militants redoutent qu'elles ne déplacent le débat du terrain politique vers celui des services de sevrage uniquement. Enfin, ces entreprises sont sujettes à des pressions et à des menaces de représailles de la part de l'industrie du tabac, qui achète aussi d'autres produits pharmaceutiques.

En dépit de ces polémiques, certaines ONG ont surmonté leurs réticences et coopèrent avec les entreprises.

Des relations saines entre ONG et entreprises

On ne peut concevoir de relations saines que si les parties ont des objectifs communs. Si par exemple les entreprises se sentent peu concernées par la législation antitabac, les ONG trouveront le dialogue et la collaboration décevants, voire contreproductifs. Parallèlement, si les ONG adoptent des stratégies par trop radicales, les entreprises pourront craindre une contre-publicité, voire des risques de litiges.

Dès lors que les entreprises présentent un bilan social positif, tandis que les ONG se montrent efficaces et responsables, il existe un potentiel de collaboration franche et étroite. Ce qui n'implique pas de voir des ONG passives, soumises à des entreprises dominatrices, mais un véritable partenariat entre ONG et entreprises, fondé sur le respect mutuel, l'acceptation de l'autonomie, l'indépendance, et le pluralisme des opinions et positions des ONG.

Les questions essentielles devront être posées d'emblée. La collaboration avec les entreprises est-elle le meilleur choix possible pour l'organisation ou la cause concernée ? Quel objectif s'assignera-t-elle ? Quelle tactique, quelles méthodes de travail doit-elle adopter ? Comment les divergences d'opinion seront-elles réglées ? Quels sont les conflits d'intérêts possibles ? La suite dépendra largement des premières réponses à ces questions. Tout partenariat public–privé devra donc être examiné avec le même soin que n'importe quelle autre stratégie ou tactique.

Le secteur privé peut constituer pour les ONG un partenaire précieux, à condition de gérer la relation comme il convient; mais il ne devra jamais en devenir le maître. Le service public signifie aussi le service du public, et non l'intérêt de celui qui propose le service. À long terme, la meilleure solution au problème des ressources consiste sans doute à affecter à la lutte antitabac les recettes fiscales prélevées sur le tabac.

Référence\s

1. Environics Research Group Limited. *Public support for international efforts to control tobacco. A survey in five countries*. Toronto, Canada, 2001.

2. Roemer R. *Legislative action to combat the world tobacco epidemic*, 2ème éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993.

3. Organisation mondiale de la Santé. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*, OMS, Genève, 1997.

4. Jha P, Chaloupka FJ. *Maîtriser l'épidémie. L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (Le Développement à l'œuvre) (http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French/pdf).

5. Action on Smoking and Health. *Tobacco explained: the truth about the tobacco industry ...in its own words*. ASH, Londres, 1998.

6. The Democracy Center. *The Democracy Owners Manual. The Democracy Center* – Citizen Action Series, San Francisco, 2002. www.democracyctr.org

7. Pertschuk M. Smoke Signals: *The Smoking Control Media Handbook*. American Cancer Society, Atlanta, 1986. www.strategyguides.globalink.org/guide10.htm

15

Suivi, surveillance, évaluation et rapports

Ce qui se mesure s'accomplit

—Paul Esposito

INTRODUCTION ET DÉFINITIONS

Toute politique et tout programme antitabac doit impérativement comporter un volet complet de surveillance et d'évaluation, qui constituera une partie intégrante majeure. On constate de façon empirique que les politiques nationales antitabac qui ont apporté les meilleurs résultats sont épaulées par de solides dispositifs de surveillance et d'évaluation. Élaborer un tel dispositif est l'une des obligations des Parties ayant signé et ratifié la Convention-cadre OMS pour la lutte antitabac (CCLAT OMS). Ces obligations en matière de notification et d'échange d'informations (Article 21) sont sujettes à la mise en place de

> *programmes de surveillance nationale, régionale et mondiale de l'ampleur, des tendances, des déterminants et des conséquences de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac. A cette fin, les Parties intègrent les programmes de surveillance du tabagisme aux programmes de surveillance de la santé aux niveaux national, régional et mondial afin que les données soient comparables et puissent être analysées aux niveaux régional et international, le cas échéant.* (Article 20, §2)

La ***surveillance*** porte, à intervalles réguliers, sur l'usage du tabac, ses conséquences sanitaires et économiques, les facteurs socioculturels qui lui sont sous-jacents, et les réponses de la lutte antitabac. La surveillance sera conçue de manière à apporter une information adéquate tout au long du processus d'évaluation. L'*évaluation* est une méthode systématique pour tirer les enseignements de l'expérience afin d'améliorer, de réviser et d'adapter les politiques et programmes antitabac. La *notification* (ou *rapports*) consiste à préparer et à diffuser à intervalles réguliers des rapports d'évaluation portant sur les programmes antitabac nationaux ou locaux.

Ce chapitre évoque certains des aspects majeurs de la surveillance antitabac, en insistant sur les principaux dispositifs mondiaux de surveillance, portant sur les jeunes (Enquête mondiale OMS-CDC sur le tabagisme chez les jeunes, ou GYTS, http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS-French.htm) et chez les adultes (approche STEPS de l'OMS pour la surveillance de l'usage du tabac, http://www.who.int/ncd_surveillance/steps/en). Il présente en outre différentes notions clés concernant le suivi, l'évaluation et la notification des programmes antitabac, permettant de les renforcer et de les améliorer progressivement.

LA SURVEILLANCE

La surveillance du tabagisme dans la jeunesse : l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS)

En décembre 1998, l'Initiative pour un monde sans tabac de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/TFI)) a tenu à Genève une réunion avec les Centers for Disease Control (CDC), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale et des représentants de pays appartenant aux six Régions de l'OMS, pour débattre de la nécessité de mesurer la consommation de tabac parmi les jeunes, et ce à l'aide d'un mécanisme uniformisé sur le plan mondial. À la suite de cette réunion, l'OMS et les CDC ont mis au point un Système mondial de surveillance du tabagisme, dans lequel la collecte des données est assurée par l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS). Il s'agit d'une enquête en milieu scolaire, destinée à améliorer la capacité des pays à suivre la consommation de tabac parmi les jeunes et à piloter la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte antitabac. Cette enquête emploie une méthodologie standard pour établir les échantillons, sélectionner des établissements et des classes, rédiger les questionnaires, suivre des procédures de terrain compatibles, et gérer les données de façon cohérente dans leur traitement et leur analyse. Les informations que délivre l'enquête peuvent favoriser la mise en place de programmes antitabac, ou permettre de suivre les progrès accomplis en direction de leurs objectifs. Ces données permettent en outre de veiller à l'application de sept des articles de la CCLAT OMS.

L'organisation de l'enquête : rôles et partenaires

L'enquête GYTS est un projet regroupant des partenaires multiples, de niveaux mondial, régional et national. Il a pour but d'aider les pays à évaluer leur propre situation et leurs besoins vis-à-vis du tabagisme, et à y répondre. Il devrait permettre aux pays d'orienter la conception, l'exécution et l'évaluation de leurs programmes antitabac dans le cadre du renforcement de leurs capacités nationales. Aux niveaux mondial et régional, ce sont l'OMS (à son Siège et dans ses six Bureaux régionaux) et les CDC qui sont chefs de file et administrent ensemble l'enquête, en accord avec leurs politiques et procédures respectives. Un Comité de gestion, composé de représentants des deux organismes, est chargé des opérations conformément au mandat que ceux-ci lui ont conféré. Au niveau national, les gouvernements gèrent l'enquête selon leurs propres politiques et procédures et les engagements souscrits avec leurs partenaires mondiaux. Les CDC jouent un rôle essentiellement technique, tandis que l'OMS est avant tout chargée de la gestion et du déroulement de cette enquête.

Les principaux indicateurs de l'enquête GYTS

L'enquête GYTS se compose de 56 questions "centrales" visant à rassembler des données dans sept domaines : prévalence, connaissances et attitudes, médias et publicité, accès, programmes scolaires, tabagisme passif, et cessation tabagique. On trouvera ci-dessous un bref aperçu de chacun des domaines traités par les questions de l'enquête.

Prévalence de la consommation des cigarettes et des autres produits du tabac chez les jeunes

Les questions centrales posées dans cette section visent à mesurer l'expérience tabagique, la répartition du tabagisme, l'âge d'initiation et les autres usages du tabac. Ces questions portent sur :

- le nombre de jeunes ayant essayé la cigarette ou consommé d'autres produits du tabac;
- l'âge auquel les jeunes commencent à fumer des cigarettes;
- les marques de cigarettes que les jeunes fument;
- les lieux où les jeunes ont l'habitude de fumer.

Connaissances et attitudes des jeunes en ce qui concerne le tabagisme

Il s'agit ici de mesurer de façon générale les connaissances, attitudes et intentions dont la recherche a montré les liens avec l'expérimentation du tabac et la transition vers un tabagisme établi. Diverses mais spécifiques, les questions portent notamment sur la prédisposition au tabac, qui mesure à quel point le jeune qui n'a jamais fumé est résolu à demeurer non-fumeur. L'implication des parents, les attitudes envers le statut social perçu à travers le fait de fumer, les effets de la pression des pairs en la matière, sont également abordés. Les questions concernent :

- la détermination à rester non-fumeur parmi les jeunes qui n'ont jamais fumé (indice de susceptibilité);
- le statut social et les risques pour la santé du tabagisme, tels qu'ils sont perçus par les jeunes;
- la mesure dans laquelle la pression du groupe encourage les jeunes à fumer.

Influence des médias et de la publicité sur le tabagisme des jeunes

Ces questions permettent de mesurer l'exposition des jeunes à la fois aux messages pro- et antitabac dans les médias de masse.

Messages incitatifs : il s'agit des messages qui incitent à l'usage du tabac. Beaucoup plus influençables par la publicité que les adultes, les enfants achètent les marques dont la publicité est la plus présente. En moyenne, le jeune d'aujourd'hui a déjà été exposé à des milliards de dollars d'images publicitaires et promotionnelles qui établissent un "climat sympathique et familier" à l'égard des produits du tabac; un climat dans lequel fumer paraît valorisant, convivial et intégrant. Les jeunes sont à peu près incapables de se remémorer le moindre message antitabac passé à la télévision ou au cinéma, mais se souviennent fort bien des films montrant des fumeurs et savent reconnaître les acteurs et actrices que leurs rôles présentent comme fumeurs.

Messages dissuasifs : par une campagne intense dans les médias de masse, on peut obtenir une réduction sensible des quantités de tabac fumées tant par les adultes que par les jeunes. On voit donc qu'une action éducative globale, associant des interventions dans les médias, les écoles et les communautés, est de nature à retarder ou à prévenir l'habitude de fumer chez les adolescents.

Les questions relevant de ce domaine concernent :

- la réceptivité des jeunes à la publicité et aux autres méthodes de promotion du tabac;
- la perception des messages antitabac chez les jeunes et leur exposition à ces messages.

Accès aux cigarettes

Dans de nombreux pays, la loi interdit la vente de cigarettes aux mineurs en-dessous d'un certain âge (le plus souvent, 15 ou 18 ans). Ces questions permettent de constater dans quelle mesure les jeunes peuvent se procurer des cigarettes en magasin, et s'il leur est demandé de faire la preuve de leur âge. Un certain nombre de questions visent en outre à établir la part de leur revenu que les jeunes consacrent à acheter des cigarettes. Les questions concernent donc :

- les endroits où les jeunes se procurent habituellement leurs cigarettes;
- le refus ou non des commerçants de vendre des cigarettes aux jeunes en raison de leur âge;
- les montants dépensés par les jeunes pour acheter des cigarettes.

Programmes scolaires consacrés au tabagisme

Les questions posées ici évaluent la perception par les écoliers de l'éducation préventive en matière de tabagisme, pour laquelle les écoles constituent un lieu privilégié. Lorsqu'ils se fondent sur la formation de compétences, les programmes scolaires de prévention antitabac ont montré leur efficacité dissuasive. Ces questions portent sur :

- ce que les jeunes auront appris à l'école au sujet du tabagisme;
- les perceptions des jeunes quant aux programmes scolaires de prévention du tabagisme.

La fumée de tabac dans l'environnement (FTE)

On cherche ici à estimer le degré de tabagisme passif, ou exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), également appelée fumée secondaire. S'il est important de la mesurer chez les jeunes, c'est en raison des risques non négligeables qu'elle entraîne pour le cancer du poumon, les maladies cardiaques, la survenue et l'aggravation de l'asthme, les infections respiratoires et la santé génésique. Cette section s'intéresse à l'exposition au cours des sept derniers jours, et évalue les connaissances générales ou attitudes à propos de la FTE, notamment :

- l'intensité de l'exposition des jeunes au tabagisme, que ce soit à leur propre domicile ou à l'extérieur;
- les perceptions des jeunes quant aux effets nocifs de la FTE.

Cessation tabagique

De nombreux fumeurs, parmi lesquels des jeunes, sont dépendants de la nicotine et ont besoin d'une aide au sevrage. On a récemment observé une augmentation de la demande de programmes en ce sens destinés aux jeunes; la raison première en est le constat que nombre de jeunes fumeurs souhaitent s'arrêter, s'y efforcent souvent, mais y parviennent rarement. Pour évaluer les effets potentiels des politiques antitabac et ceux des programmes de dissuasion et de sevrage, il convient donc de mesurer :

- la probabilité à court et à long terme pour que les jeunes fumeurs cessent de fumer.

La méthodologie d'échantillonnage de l'enquête

La qualité et l'utilité des résultats de l'enquête GYTS dépendent largement des procédures employées pour sélectionner les écoles, classes ou sections et élèves qui y participent.

Puisqu'il est impossible, infaisable et superflu de questionner tous les écoliers, on choisira un **échantillon** de cette population. Si l'échantillonnage est bien mené, on pourra généraliser les résultats de l'enquête à l'ensemble des écoliers, alors que dans le cas contraire ils ne seront applicables qu'à l'échantillon lui-même.

Les deux étapes de l'échantillonnage sont les suivantes :

ÉTAPE 1 : Sélection des écoles

La population cible de l'enquête GYTS est constituée de jeunes fréquentant les classes qui les accueillent de 13 à 15 ans. Chaque pays dresse une liste d'écoles qui précise quels degrés (classes, niveaux, cycles, ou normes) correspondant à cette tranche d'âge, et le tirage des écoles s'effectue selon une probabilité pondérée par le nombre des inscriptions : en d'autres termes, les écoles qui accueillent de nombreux élèves seront plus probablement sélectionnées que les autres.

Le nombre des écoles sélectionnées dépend lui-même de considérations statistiques et pratiques. Du point de vue statistique, ce nombre d'écoles risque d'affecter la précision des estimations. Pour un échantillon d'élèves de taille donnée, choisir ces élèves dans un plus grand nombre d'établissements produira en principe des estimations plus précises : le nombre moyen d'élèves par école étant plus faible, l'"effet de groupe" est amoindri.

La plupart des pays qui participent à l'enquête sélectionnent 25, 50 ou 100 écoles, en fonction de la précision statistique recherchée, du temps disponible pour le travail de terrain et des ressources consacrées à l'enquête.

ÉTAPE 2 : Sélection des classes (sections) et des élèves

Les classes (sections) font l'objet d'un tirage aléatoire au sein des écoles sélectionnées. Tous les élèves de ces classes peuvent participer à l'enquête; dans la plupart des enquêtes GYTS, leur nombre se situe entre 1500 et 2000 par échantillon. On considère statistiquement que 1500 élèves constituent un échantillon représentatif conférant aux estimations un niveau de précision acceptable (± 5%) quelle que soit la population des inscrits.

La taille de l'échantillon une fois établie, l'enquête suit le processus suivant. Pour obtenir un échantillon de 1500 écoliers, en tablant sur un taux de réponse de 80%, il faudra en sonder 1875. Si on a sélectionné 50 écoles, toujours avec un taux de participation de 80%, on comptera sur 40 écoles participantes, soit par école 1875/40 = 47 élèves, en moyenne, ce qui correspondra sans doute à deux classes ou sections. Si l'on diminue le nombre d'écoles à sélectionner, on augmentera d'autant le nombre de classes par école. Et si l'on augmente la taille de l'échantillon, on augmentera de même le nombre de classes par école.

Conduite de l'enquête : considérations pratiques

Époque de l'enquête

Actuellement, l'enquête GYTS se déroule tout au long de l'année dans des pays des hémisphères Nord et Sud. La "meilleure" période pour mener l'enquête sera variable d'un pays à l'autre, selon les dates de scolarité locales. On recommande de mener l'enquête en milieu de matinée : plus tôt, on risque de se couper de ceux qui arrivent tard; le repas de midi est à éviter; et l'après-midi, certains élèves s'en vont déjà.

Ressources humaines
Le travail de terrain devrait durer moins de deux mois; par conséquent, le nombre des agents de terrain disponibles contribuera à déterminer le nombre d'écoles qu'il sera possible de sélectionner.

Autres ressources
Plus l'échantillon sera important, plus il faudra de questionnaires imprimés et autres fournitures, dont le coût n'est pas négligeable.

AUCUNE compensation ni substitution ne sera consentie aux écoles qui refuseront leur concours !

Collecte et traitement des données

Collecte des données
Avant de procéder à la collecte des données, tous les pays doivent participer à un séminaire destiné à former leurs coordinateurs de recherche à la méthodologie uniforme et aux procédures de l'enquête GYTS. On assure ainsi la continuité d'une région à l'autre, la compatibilité entre procédures de conception, de sélection des échantillons, et d'élaboration des questionnaires (en garantissant l'intégrité des questions centrales), et enfin l'uniformité des dispositions de terrain relatives à la collecte de données.

À la fin du séminaire de formation, les coordinateurs de recherche rentrent dans leurs pays respectifs et mènent l'enquête parmi les élèves des écoles sélectionnées. Chaque élève répond à un questionnaire dont les feuilles codées comportent des cases à noircir. Après avoir ainsi collecté les données de l'enquête, les coordinateurs expédient les formulaires correspondants (feuilles de réponses et récapitulatifs, formulaires d'école et de classe) aux CDC, pour traitement.

Traitement des données
Les feuilles de réponses reçues aux CDC sont lues à l'aide d'un scanner optique. Les fichiers de données ainsi extraits subissent ensuite un nettoyage qui vérifie la correspondance entre la longueur de la fiche et le format du scanner, tient compte des non-réponses (hors champ ou manquantes), et édite les données sous forme logique. Chaque fiche de données est pondérée selon la non-participation par école, classe et élèves. Enfin, toutes ces fiches sont ajustées à la stratification par classe et par sexe. Tout au long du nettoyage et de l'édition des données, l'interaction entre les CDC, les coordinateurs et le bureau régional est permanente.

Analyse des données
La phase suivante consiste pour l'OMS et les CDC, en collaboration avec leurs partenaires, à tenir des séminaires visant à donner par la pratique une formation aux coordinateurs en matière d'analyse approfondie des jeux de données en leur possession. Ces séminaires d'analyse portent entre autres sur l'utilisation d'EpiInfo, logiciel gratuit permettant d'analyser des données épidémiologiques complexes, et sur la rédaction des rapports par pays.

Notification des données

Le fichier de données une fois définitif, les CDC établissent des tableaux de fréquences pondérées ainsi que des tableaux préférentiels, puis un projet de feuille de synthèse soulignant les principaux résultats de l'enquête GYTS. Le fichier des données définitives, les tableaux qui y correspondent et la feuille de synthèse sont enfin transmis au Bureau régional concerné par courrier électronique et en version papier.

Tableaux : les éléments figurant dans les tableaux sont calculés à partir des données brutes. Dans le cadre de cette enquête, les CDC traitent les données afin d'aboutir à deux types de tableaux : les tableaux de fréquences pondérées, et les tableaux préférentiels. Les premiers sont établis question par question, d'après les questionnaires par pays; ils donnent les chiffres totaux, et leur décomposition par sexe et par classe. Les seconds, établis par les CDC, reprennent chaque question centrale sur la base d'une classification historique comprenant des comparaisons croisées, pour les traduire en variables qui seront employées comme indicateurs permettant de surveiller l'évolution du tabagisme dans le pays.

Feuilles de synthèse : la synthèse pays reprend les principales données concernant celui-ci. Elle a pour but de fournir au pays des données tenant en une page, à utiliser comme référence pour répondre sans délai à toute question portant sur l'enquête GYTS, et/ou en tant que premiers résultats. La feuille de synthèse présente les chiffres obtenus auprès de tous les élèves ayant participé à l'enquête dans le pays.

Rapport de pays : ce rapport a pour but de faciliter la mise au point d'un programme national antitabac, dont l'enquête GYTS constituera la base factuelle. Son utilité tient avant tout à sa pertinence pour l'élaboration des politiques et programmes dans le pays.

Situation présente et résultats préliminaires

L'enquête GYTS a été conçue pour assurer une surveillance mondiale systématique du tabagisme chez les jeunes. Les pays peuvent exploiter ses résultats en vue : (a) d'évaluer leur propre programme national antitabac; (b) de surveiller les tendances du tabagisme juvénile sur le plan mondial; et (c) de comparer l'usage du tabac entre pays et régions. En janvier 2004, 120 pays au total, représentant les six régions de l'OMS, avaient participé à cette enquête. En outre, de nouvelles enquêtes GYTS avaient eu lieu dans 14 pays, 10 autres étaient en cours sur le terrain, et 11 en cours de préparation.

Cette enquête a permis d'attester de façon systématique, pour la première fois, un problème mondial de tabagisme chez les jeunes : celui de l'égalité de la consommation entre pays développés et en développement. Parmi les 120 pays et régions ayant participé à l'enquête, pas un seul site n'a enregistré de prévalence zéro pour les critères "tout usage du tabac", "fume actuellement" ou "autres usages du tabac". De plus, près d'un élève sur quatre ayant déjà fumé avait fumé sa première cigarette avant l'âge de 10 ans *(1)*. Les séquelles sanitaires futures du tabagisme et de la dépendance tabagique apparaissent donc comme un problème grave auquel seront confrontés tous les pays du monde. Ces résultats montrent bien l'urgence qu'il y a à accorder l'attention nécessaire aux programmes antitabac visant les jeunes, tant au niveau mondial que dans chaque pays.

Tableau 1. **Nombre de pays participant à l'enquête GYTS par région de l'OMS**

Régions de l'OMS	Nombre de pays			
	Terminée	En cours	En préparation	Formation prévue
Bureau régional de l'Afrique	27	2	3	14
Bureau régional des Amériques	36	1	1	0
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	6	2	0	2
Bureau régional de l'Europe	19	7	3	0
Bureau régional de la Méditerranée orientale	17	4	1	0
Bureau régional du Pacifique occidental	15	2	1	10
Total	**120**	**18**	**9**	**26**

Source : CDC communication personnelle

La surveillance du tabagisme chez l'adulte : l'approche "STEPwise" de l'OMS

L'approche "STEPwise" (STEPS) de l'OMS est l'outil recommandé par l'OMS pour surveiller chez l'adulte tous les facteurs de risque qui contribuent aux maladies non transmissibles (MNT), y compris l'usage du tabac. L'objectif consiste à établir une approche commune au sein de l'OMS pour définir des variables-clés utilisables dans les instruments d'enquête, de surveillance et de contrôle portant sur les populations, afin de permettre la comparaison des données dans le temps et entre pays.

L'approche STEPS se fonde sur l'idée que les systèmes de surveillance ont besoin d'une collecte de données standardisées et d'une flexibilité suffisante pour convenir à de nombreuses situations nationales. Elle comprend des mécanismes permettant de développer un système de surveillance de plus en plus complet et complexe, en fonction des besoins locaux et des ressources disponibles; le degré de complexité se mesurant par le seul emploi de questionnaires, la collecte de données physiques, ou le prélèvement et l'analyse d'échantillons sanguins.

Le processus STEPS

STEPS est un processus séquentiel qui commence par l'administration de questionnaires destinés à collecter des données sur les facteurs de risque essentiels (Etape 1), qui se poursuit par des mesures obtenues par des examens physiques simples (Etape 2), et qui ensuite seulement recommande de prélever des échantillons sanguins pour une évaluation

biochimique (Etape 3). Au niveau de chaque étape, on pourra rassembler les informations en modules : de base, élargi et optionnel. Au minimum, les informations centrales réuniront des variables essentielles et comparables, décrivant la prévalence et les tendances des facteurs de risque les plus courants.

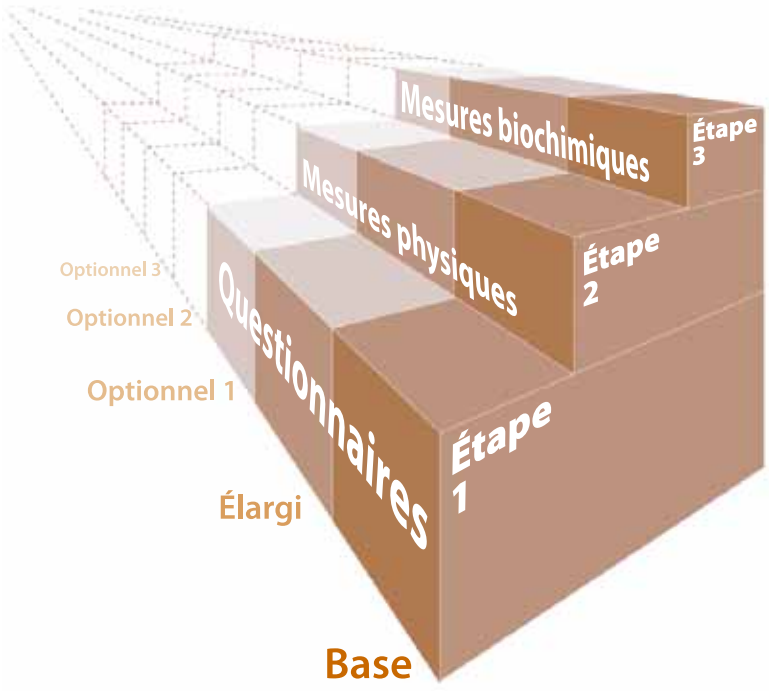
Les modules élargis fournissent des renseignements plus détaillés (mais toujours normalisés) concernant les principaux facteurs de risque. On pourra les compléter de modules optionnels pour disposer d'informations sur certains facteurs de risque ne figurant pas dans l'approche STEPS standard, afin d'obtenir des données spécifiques au pays ou à la culture locale.

Les facteurs de risque retenus dans l'approche STEPS des maladies non transmissibles sont ceux qui répondent aux critères suivants :

- ils contribuent de façon très importante à la mortalité et la morbidité liées à des maladies chroniques;
- ils peuvent être modifiés à l'aide d'interventions primaires;
- ils sont aisément mesurables dans les populations.

Le tabagisme est l'un des huit facteurs de risque qui remplissent ces critères. Les autres sont la consommation d'alcool, l'insuffisance des apports en fruits et légumes, l'inactivité physique, l'obésité, l'hypertension, le cholestérol et le diabète. L'Annexe 1 présente l'instrument STEPS, avec ses étapes 1, 2 et 3.

Figure 1. Approche STEPS OMS – Facteurs de risque MNT : concept



Source : http://www.who.int/ncd_surveillance/en/summaryfinal_rev1_english.pdf

On trouvera ci-dessous les questions concernant le tabagisme, extraites de l'instrument STEPS, avec la logique de chacune. L'Annexe 2 fournit des précisions, question par question, expliquant ce qui est recherché par chacune.

La logique des questions sur le tabac

L'usage du tabac dans les communautés peut s'apprécier en procédant à des enquêtes dans les populations, et/ou en examinant les données gouvernementales portant sur la consommation de produits du tabac, calculées d'après la production de cigarettes et les chiffres des importations et exportations.

Toutes les définitions employées dans l'approche STEPS concernant la situation du tabagisme figurent dans le document de l'OMS intitulé *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic (2)*. Selon ces directives, toute population peut se diviser en deux catégories, celles des fumeurs et des non-fumeurs.

Un fumeur est une personne qui, au moment de l'enquête, fume un quelconque produit du tabac, quotidiennement ou occasionnellement. On peut en outre subdiviser les fumeurs eux-mêmes en deux catégories :

- le fumeur quotidien est celui qui fume un quelconque produit du tabac au moins une fois par jour;
- le fumeur occasionnel (non-quotidien) est celui qui fume, mais pas tous les jours.

Un non-fumeur est une personne qui, au moment de l'enquête, ne fume pas du tout. Les non-fumeurs se subdivisent en trois catégories :

- les anciens fumeurs étaient autrefois des fumeurs quotidiens, qui ne fument plus du tout à la date de l'enquête;
- les non-fumeurs de toujours sont ceux qui soit n'ont jamais fumé du tout, soit n'ont jamais été fumeurs quotidiens et ont fumé moins de 100 cigarettes au cours leur vie;
- les anciens fumeurs occasionnels sont ceux qui étaient autrefois fumeurs occasionnels (mais jamais quotidiens), et qui ont fumé au cours de leur vie plus de 100 cigarettes (ou de leur équivalent en poids de tabac).

Le questionnaire STEPS : section tabagisme

Questions de base : L'OMS propose des questions de base permettant d'établir le profil tabagique de chaque individu adulte de l'échantillon, afin de déterminer la prévalence du tabagisme dans la population adulte.

1a. Fumez-vous actuellement des produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes?
1b. Si Oui, fumez-vous quotidiennement ?

Ces deux questions permettent d'estimer les grandes catégories du profil tabagique actuel, qui constituent la plus importante des estimations dans les grandes enquêtes de santé. Dans toute la mesure du possible, il est fortement recommandé de poser d'autres questions concernant l'usage antérieur du tabac (voir plus bas : questionnaire élargi).

2a. À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ?

2b. Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, vous souvenez-vous depuis quand vous avez commencé à fumer quotidiennement ?

Les directives de l'OMS recommandent actuellement de demander aux enquêtés depuis combien d'années ils fument quotidiennement. Il est ainsi possible d'éviter de calculer le laps de temps où cette personne ne fumait pas. Cependant, en posant la question de deux façons différentes, on pourra vérifier les erreurs par recoupement. L'âge de l'initiation est d'une importance particulière pour évaluer le profil tabagique des adolescents, car les adultes ont davantage de chances de s'arrêter alors que les jeunes sont encore en phase d'accoutumance au tabac.

3. Quelle quantité des produits suivants fumez-vous en moyenne chaque jour ? (cigarettes industrielles, cigarettes roulées, pipes, cigares, cigarillos)

Cette question précise la consommation journalière, et sert aussi à estimer la prévalence tabagique. La liste des produits sera adaptée aux usages locaux du tabac.

Questionnaire élargi : Chaque fois que possible, l'enquête comportera des questions supplémentaires permettant de déterminer l'historique du profil tabagique et l'usage de tabac sans fumée.

4. Dans le passé, avez-vous déjà fumé quotidiennement ?
5a. Si oui, quel âge aviez-vous quand vous avez arrêté de fumer quotidiennement ?
5b. Depuis quand avez-vous arrêté de fumer quotidiennement ?

S'il est possible de poser des questions supplémentaires, celles concernant la consommation passée seront capitales: en combinant les réponses sur l'usage actuel et l'usage passé, on pourra reconstituer la prévalence de toutes les grandes catégories de profils tabagiques *(2)*.

6a. Consommez-vous actuellement du tabac non fumé sous forme de tabac à priser, de tabac à mâcher, de feuilles de bétel ?
6b. Si oui, en consommez-vous quotidiennement ?
7. En moyenne, combien de fois par jour prenez-vous... (différents types de produits)

Le tabac étant consommé sous de multiples formes, il est essentiel d'établir l'usage du tabac sans fumée, notamment dans les régions où il est préféré à l'usage par la fumée. Dans certains pays d'Afrique et de Méditerranée orientale, les usages tabagiques tels que la chique, les pipes à eau, le narghilé ou la chicha sont souvent plus fréquents que la fumée de cigarettes.

La mise en œuvre de l'approche STEPS au niveau des pays

L'approche STEPS a pour but ultime d'augmenter la capacité des pays à développer une infrastructure durable pour la surveillance des maladies non transmissibles *(3)*. À cette fin, il est nécessaire d'établir des alliances aux niveaux mondial, régional et national (voir

Figure 2). Le Siège de l'OMS assure la coordination mondiale de l'approche STEPS entre les Régions de l'Organisation. En collaboration avec les Bureaux régionaux de l'OMS, le Siège forme en outre les points focaux STEPS aux niveaux des régions et des pays.

La formation STEPS de l'OMS adopte une approche par la "formation de formateurs", permettant de transférer les connaissances et d'améliorer et maintenir les capacités au niveau des pays. Cette formation porte sur tous les aspects de la planification, de la mise en œuvre, de la collecte des données, de l'analyse et de la diffusion des résultats d'une enquête STEPS, dans le cadre d'un système de surveillance intégré. Les Bureaux régionaux de l'OMS appliquent les programmes dans les pays et organisent les séminaires de formation.

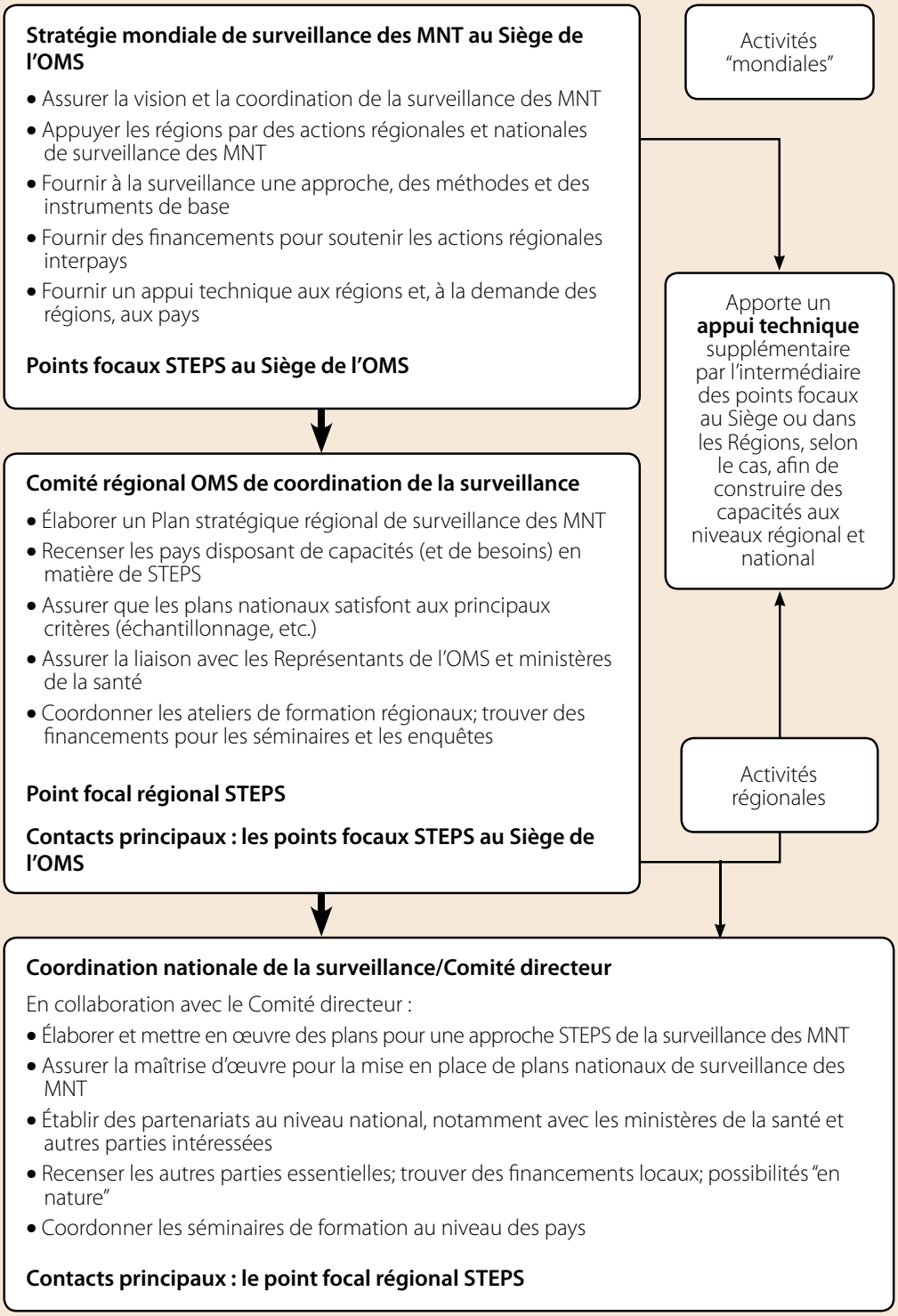
Situation actuelle

L'approche STEPS est actuellement déployée dans quatre Régions de l'OMS, à savoir la Région OMS de l'Afrique, la Région OMS de l'Asie du Sud-Est, la Région OMS de la Méditerranée orientale, et la Région OMS du Pacifique occidental, et couvre plus de 35 pays. Le nombre des pays qui ont bénéficié d'une formation lors de séminaires régionaux et nationaux dépasse les 50.

Considérations pratiques

- Il est conseillé à chaque pays qui met en œuvre l'approche STEPS de créer un groupe ou comité, agissant en tant qu'équivalent d'un comité national inter-organismes (voir Figure 2). Ce comité devra gérer les questions pratiques et logistiques relatives à l'application générale de l'approche STEPS dans le pays, tout en contribuant à en traduire les données en politiques et programmes.
- Les données recueillies devront être exploitables pour l'élaboration d'interventions de santé publique;
- Si les programmes de santé sont sujets à des priorités concurrentes, la collecte et l'analyse de données de bonne qualité ne suffit pas à étayer une politique. Il faut en outre proposer aux décideurs politiques des résultats précis, utiles et faciles à interpréter. L'approche STEPS a été conçue dans cet esprit, et les pays bénéficient d'une assistance à la préparation de rapports en mesure de retenir l'intérêt des hauts responsables de la santé publique.
- Dans les pays en développement, le succès de la surveillance permanente dépend de la détermination des gouvernements et des autres organisations partenaires. Pour atteindre le but consistant à accroître la capacité de surveillance effective d'un pays, il est indispensable de mettre en place des mécanismes assurant sa durabilité. Cette surveillance produira les informations essentielles qui permettront de formuler des politiques solides, ce qui conduira à réduire la charge des maladies liées au tabagisme.

Figure 2. **Schéma simplifié de la Stratégie mondiale de surveillance des MNT**


Stratégie mondiale de surveillance des MNT au Siège de l'OMS
• Assurer la vision et la coordination de la surveillance des MNT
• Appuyer les régions par des actions régionales et nationales de surveillance des MNT
• Fournir à la surveillance une approche, des méthodes et des instruments de base
• Fournir des financements pour soutenir les actions régionales interpays
• Fournir un appui technique aux régions et, à la demande des régions, aux pays
Points focaux STEPS au Siège de l'OMS
Activités "mondiales"
Apporte un appui technique supplémentaire par l'intermédiaire des points focaux au Siège ou dans les Régions, selon le cas, afin de construire des capacités aux niveaux régional et national
Comité régional OMS de coordination de la surveillance
• Élaborer un Plan stratégique régional de surveillance des MNT
• Recenser les pays disposant de capacités (et de besoins) en matière de STEPS
• Assurer que les plans nationaux satisfont aux principaux critères (échantillonnage, etc.)
• Assurer la liaison avec les Représentants de l'OMS et ministères de la santé
• Coordonner les ateliers de formation régionaux; trouver des financements pour les séminaires et les enquêtes
Point focal régional STEPS
Contacts principaux : les points focaux STEPS au Siège de l'OMS
Activités régionales
Coordination nationale de la surveillance/Comité directeur
En collaboration avec le Comité directeur :
• Élaborer et mettre en œuvre des plans pour une approche STEPS de la surveillance des MNT
• Assurer la maîtrise d'œuvre pour la mise en place de plans nationaux de surveillance des MNT
• Établir des partenariats au niveau national, notamment avec les ministères de la santé et autres parties intéressées
• Recenser les autres parties essentielles; trouver des financements locaux; possibilités "en nature"
• Coordonner les séminaires de formation au niveau des pays
Contacts principaux : le point focal régional STEPS

LE SUIVI

Choix des indicateurs essentiels pour le suivi de l'épidémie tabagique au niveau national

Les politiques et actions antitabac globales, plurisectorielles, comportent des dimensions sociales, psychologiques, politiques et économiques. Il est donc souvent difficile de déterminer si les résultats sont dus principalement à l'action spécifique entreprise, ou à d'autres facteurs indépendants. Et il est parfois difficile de déterminer immédiatement les effets particuliers de chacune des politiques menées, tandis que les indicateurs sanitaires définitifs peuvent ne faire apparaître un quelconque changement qu'après un long laps de temps. Il est donc nécessaire de fixer des objectifs intermédiaires, qui puissent s'appliquer à des domaines bien délimités :

– changements dans les taux de tabagisme;
– changements dans les connaissances, attitudes et opinions;
– changements dans le nombre et le type des mesures de politique;
– changements dans les effets économiques, tels que les coûts des soins de santé;
– changements dans la mortalité et la morbidité liées au tabagisme.

L'évaluation au niveau national devrait utiliser un petit nombre d'indicateurs essentiels, afin de mesurer de façon adéquate tous les aspects couverts par le programme national et de permettre la comparaison avec les juridictions locales et les autres pays. Ces aspects sont les suivants : consommation de tabac; prévalence tabagique; exposition à la fumée de tabac; mortalité liée au tabagisme; changements dans les politiques antitabac. D'autres indicateurs pourront être intégrés au système de surveillance; bien que non essentiels, ils permettront de mener une analyse plus fine des effets du programme.

Conseils :

- Il est fortement recommandé que le suivi national de la lutte antitabac soit aligné sur les enquêtes STEPS et GYTS.
- Les informations seront recueillies par des méthodes fiables, conformément à des procédures normalisées appropriées, et à intervalles réguliers.
- En établissant un système de suivi et d'évaluation, on examinera les sources d'informations existantes, afin d'améliorer l'échange des données, les procédures et méthodologies, et l'exploitation des données.

La consommation de tabac

La quantité de tabac consommée par une population donnée fournit une mesure importante de l'étendue du problème tabagique. Par ailleurs, suivre l'épidémie de tabagisme

en employant des estimations de la consommation est une méthode relativement peu coûteuse, qui donne une bonne indication de la gravité du problème tabagique dans les pays où n'existent pas de données de prévalence.

Considérations pratiques :

- La consommation de tabac est généralement estimée indirectement, sur la base des données des ventes, de la fabrication, du commerce et de la taxation des produits du tabac. Ce sont les services statistiques gouvernementaux qui recueillent et publient ces données.
- Pour diverses raisons, celles-ci ne représentent pas toujours ce qui a réellement été consommé (commerce illégal, modification du poids en tabac des cigarettes, changements des habitudes de consommation, etc.). Par conséquent, chaque fois que possible, la consommation tabagique sera complétée d'une estimation du nombre d'usagers du tabac.
- Dans la plupart des pays, l'usage du tabac est synonyme de la pratique consistant à fumer des cigarettes. Or dans bien des régions du monde, le tabac s'emploie sous différentes autres formes. Pour estimer la consommation, il est donc essentiel de préciser le type de tabac utilisé. La consommation devra être estimée au minimum pour deux catégories : tabac à fumer, tabac sans fumée.
- Ces informations seront à mettre à jour au moins tous les deux ans, à partir du lancement d'une politique ou d'un programme. Si possible, on établira des séries statistiques remontant à environ 20 ans (voir Figure 3).

La prévalence tabagique

Des données précises concernant la prévalence du tabagisme dans la population totale, parmi les hommes et les femmes et dans certains sous-groupes, tel est l'indicateur le plus important et le plus utile pour mesurer l'épidémie de tabagisme au sein d'une population donnée. On pourra ainsi identifier les groupes à hauts risques, et mettre au point des interventions spécifiques à leur intention. Les failles de la politique antitabac deviendront apparentes, et permettront d'orienter la pression militante. Enfin, les données périodiques de prévalence constituent la source de référence pour évaluer l'efficacité des interventions de programmes et de politiques au sein d'une population donnée.

Considérations pratiques :

- Les estimations de prévalence devraient toujours être établies séparément pour les populations masculine et féminine.
- De même, on calculera séparément la prévalence dans les différents sous-groupes de la population, selon l'âge, le sexe, et autres caractères sociodémographiques pertinents, tels que l'appartenance ethnique, le niveau d'instruction et le groupe linguistique (voir Tableau 2).
- Si la fumée de cigarette constitue l'usage du tabac le plus courant, dans les pays où se rencontrent d'autres types de consommation il conviendra d'établir la prévalence de chacune de ces méthodes.

Tableau 2. Statut tabagique et nombre de cigarettes fumées par jour, par tranche d'âge et par sexe, + de 15 ans, Canada (2001)

Sexe	Tranche d'âge	Pop. estimée (milliers)	Fumeurs et anciens fumeurs				N'ont jamais fumé (%)	Nombre moyen de cigarettes par jour
			Fumeurs (%)	Réguliers (%)	Occasionnels (%)	Anciens fumeurs (%)		
Total	Tous âges	24 916	21,7	18,1	3,7	23,8	54,4	16,2
Hommes		12 270	23,9	20,3	3,7	27,3	48,8	17,1
Femmes		12 646	19,6	15,9	3,8	20,5	59,9	15,0

Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2005

Dans la plupart des pays, seules des enquêtes par échantillons peuvent fournir des estimations de la prévalence tabagique parmi les populations adultes et jeunes. L'échantillonnage probabiliste constitue la seule méthode scientifiquement valable pour estimer la prévalence dans une population. Le choix des échantillons, la collecte des données, leur analyse et leur présentation font l'objet d'un traitement plus détaillé dans l'ouvrage de l'OMS *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Cette publication propose en outre des modèles de questionnaires permettant d'obtenir des données de prévalence.

L'estimation du tabagisme chez les jeunes implique de mener des enquêtes couvrant des tranches d'âge suffisamment étroites. Les indicateurs à retenir pour suivre l'usage du tabac parmi les jeunes sont les mêmes que pour les adultes, mais des questions particulières seront à poser à propos de l'initiation. L'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS) propose un cadre pour mener dans les écoles une enquête sur le tabagisme chez les 13–15 ans.

Les enquêtes de prévalence seront à renouveler au moins tous les cinq ans, et si possible tous les ans, afin de suivre les tendances des comportements tabagiques.

L'exposition à la fumée de tabac

L'exposition à la fumée de tabac parmi les adultes et les jeunes constitue un excellent indicateur pour évaluer les politiques et activités antitabac de protection contre le tabagisme passif dans les lieux de travail clos, les transports publics, les lieux publics clos et autres lieux publics.

Considérations pratiques

- Dans la plupart des pays, seules des enquêtes par échantillons peuvent produire des estimations du tabagisme passif.
- Deux grandes techniques de mesure sont possibles : des questionnaires portant sur l'exposition à la fumée des autres en différents lieux; ou des recherches de marqueurs biologiques de la fumée ingérée (concentrations de cotinine dans la salive et les urines). Ces deux approches se complètent, mais les recherches de cotinine coûtent relativement

cher et impliquent un recours au laboratoire. C'est pourquoi on adopte le plus souvent la méthode du questionnaire.

- Ici encore, les données concernant l'exposition à la fumée secondaire devront être décomposées par classe de tabagisme, sexe, âge, et catégorie socioprofessionnelle ou statut socioéconomique.

La mortalité liée au tabagisme

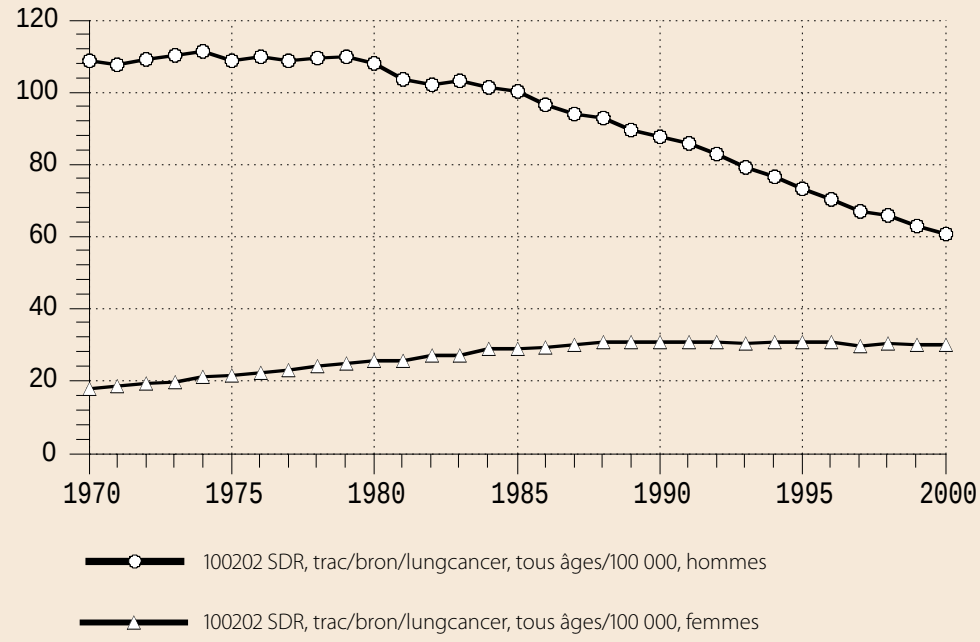
La plupart des pays disposent d'un système ou d'un autre pour recueillir et analyser l'information sanitaire. La couverture et la fiabilité de ces données est très variable, en fonction du degré de développement du secteur santé dans le pays. Les pays développés possèdent des systèmes d'enregistrement exhaustifs et rigoureux, tandis que la disponibilité des données de mortalité et de morbidité est beaucoup moins uniforme dans les pays en développement. Il existe donc de très fortes disparités dans la capacité qu'ont les pays de surveiller les maladies et les décès liés au tabagisme. Le dilemme consiste à savoir comment exploiter au mieux les données existantes, pour en tirer le meilleur parti dans la lutte antitabac.

Considérations pratiques

- Seuls les systèmes d'enregistrement exhaustifs et les sites de surveillance sentinelle connus pour leur fiabilité et leur exhaustivité sont susceptibles d'autoriser un suivi des taux de mortalité liés aux maladies tabagiques.
- Les taux de mortalité par sexe et par âge pour 100 000 habitants sont à surveiller pour les causes de décès suivantes, selon la Classification internationale des maladies (révisions CIM 9 / CIM 10) :
  - Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (162 / C33, C34)
  - Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires inférieures (490–2, 494–6 / J40–44, J47)
  - Cardiopathies ischémiques (410–414 / I20–I25)
  - Maladies cérébrovasculaires (430–438 / I60–I69) (voir Figure 4)
- Pour chacune de ces causes de décès, on établira si possible des séries statistiques remontant à 20–30 ans afin d'en analyser les tendances.

Les questions techniques relatives à l'évaluation des effets du tabac sur la santé sont étudiés plus en détail dans l'ouvrage OMS *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*.

Figure 4. Taux de décès relatif pour 100 000 habitants : Royaume-Uni



Source : Bureau régional OMS de l'Europe, base de données européenne Health for All, http://data.euro.who.int/hfadb/

Les politiques antitabac

Le suivi devra également porter sur les dispositions et l'efficacité des différentes composantes de la politique antitabac, dans sa globalité :

- législation;
- taxation et autres mesures financières;
- mesures non financières;
- formation et éducation;
- interventions de sevrage;
- recherche.

Considérations pratiques

- Dans chacun des domaines précédents, on collectera des données concernant l'acceptation de la mesure, l'adéquation de son contenu, et enfin le respect de ses dispositions :
  - l'acceptation est avant tout liée à une démarche d'information publique appropriée et continue, conçue en vue de recueillir le soutien des populations;

  - l'adéquation suppose que les instruments d'exécution aient été mis en œuvre de façon appropriée, et que la planification, les responsabilités et les ressources en aient été convenablement établies (voir Figure 4);
  - le respect des mesures relève essentiellement du domaine législatif, et du respect de la loi. Celui-ci dépend fréquemment de l'efficacité dissuasive des sanctions civiles ou pénales appliquées.

- En vue de suivre les engagements pris par les Parties qui ont ratifié la CCLAT OMS, il est souhaitable de notifier les principales mesures antitabac recommandées, prises dans le cadre de la Convention.

Méthodologie et instruments de suivi de l'épidémie tabagique au niveau des pays

Dans la plupart des pays, on peut obtenir des estimations de la prévalence tabagique en menant des enquêtes par échantillon. L'enquête probabiliste échantillonnée constitue indubitablement le meilleur instrument possible pour planifier et évaluer les actions antitabac, puisqu'elle autorise les comparaisons dans le temps et entre les pays. Par rapport aux enquêtes démographiques, elles sont assez peu coûteuses et relativement rapides. Le nombre des observations à effectuer étant peu élevé, on pourra les vérifier et donc réduire les risques d'erreurs. Enfin, l'enquête par échantillon permet de mesurer divers facteurs propres à chaque membre de l'échantillon. La qualité des données ainsi produites dépend principalement de celle des observations effectuées sur chaque personne enquêtée, et accessoirement de la manière dont l'échantillon a été constitué.

Groupes démographiques à étudier

La population adulte

Les enquêtes par échantillons représentatifs de la population adulte donnent un aperçu immédiat de l'ampleur du problème tabagique dans un pays donné, et permettent d'en estimer la prévalence en fonction de divers attributs (sexe, âge, catégorie socioéconomique ou socioprofessionnelles). L'approche STEPS de l'OMS vise les adultes.

Les jeunes

La définition des "jeunes" peut varier d'un pays à l'autre. L'âge limite supérieur généralement adopté est celui de la majorité civile. Pour évaluer convenablement le tabagisme dans la jeunesse, on devra procéder à des enquêtes par tranches d'âge fines, et à l'aide de questionnaires portant sur l'initiation. L'enquête GYTS propose une méthodologie d'échantillonnage et un questionnaire de base destiné à une population scolaire âgée de 13 à 15 ans.

Les professionnels de la santé et les enseignants

Les attitudes, connaissances, pratiques et opinions des professionnels de la santé et des enseignants en matière de tabagisme sont d'autant plus importantes que ces acteurs jouent un rôle central dans l'avancée des politiques antitabac. Les enquêtes à leur propos comporteront les questions habituelles quant à leur usage du tabac et à leur statut de fumeurs; s'y ajouteront des questions concernant leurs connaissances des effets du tabagisme sur la santé, leur pratique courante, et leur savoir-faire en matière de conseil au sevrage de leurs patients.

Les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes

Les risques supplémentaires spécifiques aux femmes enceintes ou en âge de procréer suggèrent d'explorer plus en détail les structures du tabagisme dans ces groupes. On pourra inclure des questions concernant la prévalence tabagique dans le suivi de programmes nationaux tels que *Pour une grossesse plus sûre*.

Le recrutement des échantillons

Il existe de nombreuses manières de constituer des échantillons représentatifs de la population. Toutes les techniques sont possibles : *aléatoires* (ou "randomisées"), dans lesquelles tout membre de la population représentée est affecté d'une probabilité bien définie de figurer dans l'échantillon, ou *empiriques*, comme dans la méthode des quotas, où les individus ne sont pas tirés au sort selon une probabilité préétablie, mais en fonction de leur appartenance à un quota habituellement défini par sexe, âge, profession et lieu de résidence. La technique à employer dépendra des ressources du pays et de sa situation, mais le choix sera à opérer en étroite collaboration avec un statisticien afin d'en garantir la validité et la fiabilité.

Il existe des méthodes normalisées au plan international, qui permettent d'obtenir des données sanitaires nationales et d'effectuer des comparaisons entre pays. L'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS) et l'approche STEPS de l''OMS pourront valablement être employées pour surveiller l'évolution de la prévalence à un moindre coût. L'Enquête mondiale sur la santé (EMS) constitue elle aussi un outil de niveau mondial qui porte sur l'activité fonctionnelle, les invalidités, aussi bien que sur les interventions sanitaires; elle s'intéresse entre autres aux facteurs de risques d'invalidité, parmi lesquels l'usage du tabac. (http://www3.who.int/whs/) (en anglais).

L'OMS a mis au point cette **Enquête mondiale sur la santé (EMS)** pour obtenir des données à faible coût, validées, significatives et comparables, afin de constituer une base factuelle permettant de suivre les systèmes de santé et de fournir aux responsables nationaux les éléments qui les amèneront à ajuster leurs stratégies et politiques. Ce programme sera élaboré dans chaque pays en consultant les décideurs et en collaborant avec les personnels impliqués dans les systèmes d'information sanitaire (SIS). Il se veut complémentaire à leur action, afin d'assurer une production de données régulière à faible coût, visant à suppléer à d'importantes carences dans l'information sanitaire; l'enquête fournira en outre une base à partir de laquelle on pourra développer les activités de santé. À l'heure actuelle, on compte plus de 73 pays actifs dans le cadre de l'EMS.

La taille des échantillons

Le facteur de signification le plus important dans l'estimation de la prévalence est celui de la taille de l'échantillon. Plus l'effectif sera nombreux, plus précise sera l'estimation, à condition qu'il soit constitué de façon probabiliste. La fiabilité de l'estimation effectuée par échantillonnage probabiliste simple est fonction linéaire de la racine carrée de l'effectif : par conséquent, l'augmentation de signification sera plus lente que celle de l'effectif.

Conseil :

En règle générale, la fiabilité del'estimation de prévalence devrait être contenue dans un écart de cinq points de pourcentage par rapport à la valeur réelle. Toute taille d'échantillon inférieure à 1000 sondés risquerait de conduire à des estimations peu significatives, notamment s'il est nécessaire de procéder à des estimations sur des sous-groupes.

Les questionnaires

Dans toute enquête par sondage, le nombre et la formulation des questions feront l'objet de soins attentifs, car la précision, l'exhaustivité et l'exploitation des données en dépendront dans une grande mesure. En outre, divers aspects logistiques de coût, de durée, etc., seront à prendre en compte.

Considérations pratiques

- Définir les questions de façon précise et fonctionnelle, et indiquer des critères exacts le cas échéant.
- L'emploi de questions fermées est fortement recommandé.
- Il est indispensable de tester le questionnaire pour y repérer d'éventuels problèmes ou des questions risquant d'être mal interprétées, afin de pouvoir le réviser avant de l'administrer à l'échantillon complet.

- Si le questionnaire doit être administré par des enquêteurs, ceux-ci seront tous formés pour en assurer l'uniformité. Chaque enquêteur devra impérativement disposer d'un manuel d'instructions détaillé.
- On prévoira au préalable l'analyse des données, afin d'assurer que les informations requises soient convenablement collectées.

Conseil :

Le statut tabagique des adolescents ne sera jamais évalué sur la base d'enquêtes auprès des proches : les parents, qui y répondent en général, sont souvent peu conscients ou peu disposés à admettre que leurs enfants fument.

Attitudes et opinions

Les questions concernant les attitudes et opinions sont de nature facultative. On les concevra et on les testera en fonction des conditions locales ou nationales. Les questions à poser dépendront des objectifs antitabac du pays, des cibles, des ressources, et de la fréquence présumée de l'enquête.

Elles pourront porter sur :

- la connaissance des politiques gouvernementales antitabac, et le soutien qui leur est apporté;
- l'usage du tabac, et notamment des informations quant à l'intention d'arrêter et à la pression en ce sens, l'exposition à la fumée secondaire, les marques de cigarettes favorites, ainsi que des indicateurs de la dépendance tabagique;
- les connaissances en matière de santé : conscience des maladies liées au tabac, probabilité de les contracter, pronostics, avantages de l'arrêt;
- les normes sociales : attitudes dominantes quant à l'acceptabilité du tabagisme.

Notification des résultats de l'enquête

On pourra présenter la consommation de tabac sous différentes formes, pourvu que soient précisés le nombre moyen de cigarettes fumées par jour et la répartition des fumeurs par sexe et par quantités consommées.

Considérations pratiques

- On choisira les tranches de consommation moyenne de façon à éviter le biais du "chiffre préféré" des fumeurs, qui tendent à indiquer leur consommation en multiples de 5 ou 10, par exemple {<5, 5–14, 15–24, ≥25} ou {1–7, 8–12, 13–17; 18–22, 23–27, ≥28}.
- Pour discriminer la population par âge, il suffira de procéder par tranches de 10 ans commençant par les 15–24 ans. On peut également définir des classes plus larges, notamment si l'échantillon est de taille réduite.
- Les enquêtes portant sur la consommation des adolescents seront présentées différemment, car le taux de tabagisme évolue rapidement au cours de cette période.

Dans l'idéal, on devrait établir les données pour chaque année d'âge, de 10 à 19 ans, avec des récapitulatifs pour les tranches 10–14 et 15–19 ans. Si l'on ne peut procéder ainsi, on se contentera de renseignements statistiquement significatifs pour ces deux mêmes tranches d'âge. Dans tous les cas, l'âge à retenir est celui du dernier anniversaire précédant la date de l'enquête.

- Dans certains pays, on utilise les données recueillies à l'occasion d'enquêtes probabilistes afin d'estimer le nombre d'usagers du tabac dans la population d'ensemble. Que l'on emploie ou non des données pondérées, on consultera un statisticien pour s'assurer de la validité de la démarche. Les résultats des enquêtes de prévalence devraient comporter le calcul d'un intervalle de confiance de 95%, si la procédure d'échantillonnage le permet.

On trouvera davantage de détails à ce propos dans les manuels de statistique descriptive.

Études qualitatives

Les études qualitatives, psychosociologiques ou de motivations, ont pour ambition d'analyser systématiquement les raisons qui poussent les individus ou les groupes à adopter ou à rejeter, consciemment ou non, un type particulier d'opinions, d'attitudes ou de comportements. Ces études reposent sur la technique de l'entretien ouvert, complété le cas échéant d'entretiens semi-directifs ou d'entretiens de groupe. Au cours de ces séances, menées par des psychologues spécialement formés à cet effet, la personne questionnée est invitée à s'exprimer librement et sans limite de temps sur le sujet qui lui est présenté.

En analysant une cinquantaine d'entretiens en approfondis, on parvient à cerner l'essentiel des attitudes et motivations qui peuvent se rencontrer à ce propos au sein des populations. À la différence des sondages d'opinion, il ne s'agit pas ici de procéder à des mesures ni de calculer des pourcentages, mais d'établir une typologie des différentes sortes de comportements et attitudes qui coexistent dans la population étudiée, et de mettre en lumière les principaux mécanismes qui les sous-tendent et les unissent.

Les études qualitatives concluent pour la plupart qu'à côté du champ du savoir rationnel, il existe une zone non rationnelle souvent plus étendue. Celle-ci résulte de l'expérience que les personnes accumulent dès leur enfance à partir de leur histoire propre, et des valeurs sociales et culturelles véhiculées par la société dont elles sont membres. L'industrie du tabac s'est largement inspirée de ce type d'études pour mettre au point des stratégies commerciales raffinées, afin d'élargir ou de maintenir leur base clients.

L'une des grandes raisons de la relative inefficacité des campagnes d'information et d'éducation tient à la mauvaise interprétation des mécanismes psychologiques et sociaux qui président au comportement tabagique.

Au stade pilote d'un dispositif de surveillance et d'évaluation, il serait utile de mener quelques entretiens approfondis et discussions de groupe avec certains sous-groupes de la population : leaders d'opinion, professionnels de la santé, journalistes etc., qui contribueront à montrer l'ampleur du problème tabagique du pays et faciliteront l'établissement de politiques et de stratégies adaptées.

L'ADMINISTRATION DE LA SURVEILLANCE ET DE L'ÉVALUATION

Le dispositif de surveillance et d'évaluation d'un Programme national antitabac repose sur l'organisation d'enquêtes régulières et sur diverses études spécifiques. Il convient de distinguer la gestion de la collecte d'informations de celle de son évaluation. La collecte de données doit s'administrer conformément à la stratégie nationale d'information sanitaire. Elle devrait en principe être coordonnée avec les différents systèmes nationaux d'information liés à la santé, et cela en vue :

- de recenser toutes les sources d'informations disponibles;
- d'améliorer l'exploitation des connaissances existantes;
- d'intégrer la collecte de données concernant la lutte antitabac aux systèmes de collecte existants;
- d'unifier et de renforcer les méthodes permettant d'améliorer la fiabilité et la qualité de l'information.

En créant une base de données nationale ou un centre d'échange d'informations antitabac (voire les deux), on pourra mobiliser la collaboration et instaurer des synergies entre institutions concernées, services ministériels, et même secteurs de programmes au sein du ministère de la santé. Faire en sorte que la collecte et l'exploitation des données concernant la lutte antitabac soient bien intégrées aux systèmes d'information sanitaire permanents constitue un moyen efficace d'assurer une collecte de données régulière en vue du suivi.

Après le lancement d'un programme antitabac, fondé sur une analyse approfondie de la situation, le processus d'évaluation consistera pour l'essentiel à en établir la pertinence et l'adéquation, à vérifier les progrès de sa mise en œuvre, et à en jauger les effets et l'efficacité pour réorienter et reformuler les politiques et interventions en question. La surveillance et l'évaluation jouent un rôle majeur dans la transparence des programmes antitabac vis-à-vis des dirigeants politiques, des responsables et professionnels de la santé, et du public en général.

L'évaluation des politiques nationales antitabac sera placée sous l'égide du ministère de la santé. Elle pourra faire appel à d'autres ministères tels que ceux des finances, du commerce, de l'éducation et de la justice, afin de garantir que ses recommandations soient pertinentes, constructives et applicables.

On peut évaluer les programmes nationaux antitabac selon deux méthodes différentes. En interne, l'évaluation est partie intégrante du programme, et les personnes chargées de concevoir et d'exécuter celui-ci auront aussi à l'évaluer. L'autre possibilité consiste à confier l'évaluation du programme à un groupe d'auditeurs externes indépendants. Très souvent, l'évaluation interne est prévue dans le processus d'auto-administration du programme national antitabac, tandis que l'évaluation externe est conduite périodiquement par des commissions parlementaires ou les services du chef du gouvernement.

Références

1. The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group [US Centers for Disease Control and Prevention; Organisation mondiale de la Santé, Association canadienne de santé publique, et U.S. National Cancer Institute]. Tobacco use among youth: a cross-country comparison. *Tobacco Control*, 2002, 11:252–270.

2. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.

3. Armstrong T, Bonita R. Capacity-Building for an Integrated Noncommunicable Disease Risk Factor Surveillance System in Developing Countries. *Ethnicity and Disease*, 2003, 13(s) 2–13

4. Bureau régional OMS de l'Europe. Base de données European Health for All, sur http://data.euro.who.int/hfadb/

5. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2001. Ottawa, Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/2001/index_f.html)

Bibliographie

Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.

Evaluating tobacco control activities: experiences and guiding principles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996.

Health interview surveys. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 1996.

The evaluation and monitoring of public action on tobacco. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 1988.

Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta, CDC 1999.

Tools for advancing tobacco control in the 21st century. The surveillance and monitoring of tobacco control in South Africa. (Surveillance and Monitoring). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/NMH/TFI/FTC/03.7).

ANNEXE 1

Questionnaire STEPS
Pour les facteurs de risque des MNT
(Version de base et élargie, V 1.4)

L'approche STEPwise de l'OMS pour la Surveillance des Maladies non transmissibles (STEPS)

Questionnaire (V1.4)

- Ceci est le modèle générique que les pays peuvent utiliser afin de développer leur propre questionnaire. Il contient le module de base (encadré par des lignes doubles) ainsi que le module élargi (encadré par une simple ligne et apparaissant dans le présent document en gris) et les différentes options pour les réponses du Step 1, Step 2 et Step 3.
- Les phrases d'introduction, les questions et les options pour les réponses devraient être traduites et adaptées si nécessaire pour correspondre au contexte local. L'utilisation des encadrés suivant [ ] indique les endroits où des exemples locaux devraient être ajoutés.
- Toutes les sections du module de base devraient être incluses dans l'instrument utilisé sur le terrain. La formulation des questions du module de base et des réponses correspondantes ne devrait pas être modifiée.
- Quelques pays souhaiteraient éventuellement élargir le module de base. Des recommandations quant à des questions supplémentaires pour les facteurs de risque clefs sont incluses dans les zones de couleur grise. Ces sections peuvent être modifiées mais il est préférable de les utiliser tel quel autant que possible.
- Des questions supplémentaires peuvent être rajoutées en tant que sections optionnelles en fonction des besoins locaux. Des questions posées, par exemple, dans des enquêtes précédentes pourraient être ajoutées pour lier cela avec des données passées.
- L'utilisation de la colonne saisie (telle qu'utilisée dans ce questionnaire) permet une saisie manuelle des données, facile, rapide et précise. L'utilisation de la colonne saisie ne modifie en rien la nécessité d'une double saisie afin d'assurer un contrôle de qualité maximal (Consulter le Manuel de codage des données)
- Les sauts figurent à la droite de la colonne de saisie. Ils ne sont pas encadrés et cela permet de les distinguer en un coup d'œil. Une attention rigoureuse quant à leur utilisation est nécessaire. Il sera important de modifier les sauts selon les modules inclus dans le questionnaire.

EXEMPLE- pour un fumeur régulier de cigarettes mangeant 8 portions de fruits quotidiennement

		Réponse		Saisie	Saut
S 1a	Fumez-vous actuellement des produits à base de tabac tels que des cigarettes, cigares ou pipes ?	Oui Non Ne sait pas	1 2 7	1	*Si Non, aller à la prochaine section*
D 1b	Combien de portions de fruits mangez-vous lors de l'une de ces journées? UTILISER LES CARTES	Nombre de portions Ne sait pas	 77	0 8	

- "Ne sait pas", "Ne se souvient pas", "Pas applicable" et "Refuse" sont toutes des réponses possibles mais ne devraient être utilisées qu'en dernier ressort. Dans de tels cas, les deux premières catégories et les deux dernières sont codées de la façon suivante: "7", "77" ou "777" et "8", "88", ou "888", respectivement, selon le nombre de caractères des autres réponses. Les réponses manquantes devraient être codées "9", "99" ou "999" lors de la saisie des données.
- La formation des enquêteurs est essentielle afin de développer une connaissance approfondie du format du questionnaire, des phrases d'introduction, des questions, des sauts, des différentes options des réponses, l'utilisation des cartes et exemples (si nécessaire). Le Manuel de terrain STEPS est un guide et un support précieux pour les séances de formation.

- Il est essentiel d'effectuer une étude pilote avec le questionnaire STEPS qui sera utilisé sur le terrain.

- Afin de faciliter la communication et la comparaison, chaque pays devra préparer une liste des numéros de questions (ex : D1a) et du codage des réponses renvoyant aux numéros et codes standards utilisés dans ce modèle.

Ce document est disponible électroniquement sur le site Internet de la surveillance des MNT:
http://www.who.int/ncd_surveillance
Les autres documents mentionnés ci-dessus sont disponibles en envoyant un email à l'adresse suivante : *ncd_surveillance@who.int*

Numéro d'identification du répondant ☐☐ ☐☐ ☐☐

Données d'identification:

Cette page de couverture n'est pas la page finale. Chaque pays adaptera cette page pour satisfaire les besoins locaux. Les informations collectées par le questionnaire STEPS dans chaque pays dépendra du design de l'enquête et des procédures d'implantation. Cependant, quelle que soit la manière dont l'enquête est effectuée (ex. auprès des ménages, hôpital ou autres) une procédure permettant de stocker la page de couverture contenant les données d'identification doit être soigneusement définie et satisfaire aux normes éthiques. Des instructions claires quand au traitement et au stockage de la page de couverture doivent être fournies aux enquêteurs.

I 1	Code du pays/région	☐☐
I 2	Centre (Nom du village):	☐☐☐☐☐☐☐
I 3	Centre (Code du village): (Voir Note ci-dessous)	☐☐☐
I 4	Code de l'enquêteur	☐☐☐
I 5	Date de l'entretien (à laquelle le questionnaire a été rempli)	☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Jour Mois Année

✂ ----------

Numéro d'identification du répondant ☐☐☐☐☐☐

	Consentement			
I 6	Le formulaire de consentement a été lu au répondant	Oui 1 Non 2	☐	*Si Non, le lire*
I 7	Le consentement a été obtenu (oral ou écrit)	Oui 1 Non 2	☐	*Si Non, arrêter l'entretien*
I 8	Langue de l'entretien [*Insérer la langue*]	Anglais 1 [Ajouter les autres] 2	☐	
I 9	Heure de l'entretien (0-24h)		☐☐:☐☐	
I 10	Nom de famille			
I 11	Prénom			

Information supplémentaire pouvant servir

I 12	Numéro de contact téléphonique si possible		
I 13	Spécifier de quel téléphone il s'agit	Travail 1 Domicile 2 Voisin 3 Autres (spécifier) 4	☐

Note: Les informations I6 à I13 permettant l'identification du répondant devraient être stockées séparément du questionnaire parce qu'elles contiennent des informations confidentielles. Prière de noter: le code du village (ou code du ménage) est demandé avec le questionnaire pour des raisons d'analyse future des données.

La date de l'entretien est indispensable pour calculer l'âge.

Numéro d'identification du répondant ☐☐ ☐☐ ☐☐

Step 1 *Module de base* – Informations démographiques-

			Colonne de Saisie
C1	Sexe (noter le numéro correspondant)	Homme 1 Femme 2	☐
C2	Quelle est votre date de naissance? *Si Ne sait pas, voir Note* ci-dessous et aller à C3*	Jour ☐☐ Mois ☐☐ Année ☐☐☐☐	
C3	Quel âge avez-vous?	Années	☐☐
C4	En tout, combien d'années avez-vous passé à l'école ou à suivre une formation à plein temps (sans compter la pré-scolarité)?	Années	☐☐

ELARGI: Informations démographiques				
C5	A quel milieu socioculturel appartenez-vous? [*groupe ethnique / racial /sous- groupe culturel / autres*]	[*Défini selon les besoins démographiques locaux*]		☐☐
C6	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous ayez atteint ? [INSERER LES CATEGORIES SPECIFIQUES A CHAQUE PAYS*]*	Aucune instruction officielle Moins que l'école primaire Fin de l'école primaire Fin de l'école secondaire Fin du lycée ou équivalent Ecole supérieure, Université Diplôme post-universitaire obtenu	0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7	☐☐
C7	Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre activité professionnelle principale ces douze derniers mois? [INSERER LES CATEGORIES SPECIFIQUES A CHAQUE PAYS] UTILISER LES CARTES	Employé de l'Etat Employé dans le privé Indépendant Bénévole Etudiant Maître (sse) de maison Retraité Chômeur Invalide	0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9	☐☐
C8	Combien de personnes âgées de plus de dix-huit ans, y compris vous-mêmes, habitent dans votre maison ?	Nombre de personnes		☐☐
C9	En prenant comme référence l'année passée, pouvez-vous me dire quels ont été les revenus moyens du ménage?	Par semaine Ou par mois Ou par année *Aller à la Prochaine Section* Refuse	 88	☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ *Si Refuse, aller à C10*
C10	Si vous ne connaissez pas le montant, pouvez-vous donner une estimation du revenu annuel du ménage si je vous lis quelques montants ? *[LIRE LES DIFFERENTES OPTIONS] [INSERER LES VALEURS]*	≤ Quintile (Q) 1 Plus que Q 1, ≤ Q 2 Plus que Q 2, ≤ Q 3 Plus que Q 3, ≤ Q 4 Plus que Q 4 Refuse	01 02 03 04 05 88	☐☐

*Note: Règle de codage: Code "Ne Sait Pas" 7 (ou 77 ou 777 selon le contexte).

Numéro d'identification du répondant ☐☐ ☐☐ ☐☐

Step 1 *Module de base* –Mesures comportementales-

Consommation de tabac (Section S)

Nous allons maintenant vous poser des questions sur plusieurs comportements relatifs à la santé. Cela inclut des choses comme fumer, boire de l'alcool, manger des fruits et des légumes et effectuer une activité physique. Commençons par le tabac.

		Réponse		Colonne de Saisie	
S 1a	Fumez-vous actuellement des produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes?	Oui Non	1 2	☐	*Si Non, aller à la prochaine section**
S 1b	Si Oui, Fumez-vous quotidiennement ?	Oui Non	1 2	☐	*Si Non, aller à la prochaine section**
S 2a	A quel âge avez-vous **commencé à fumer** quotidiennement?	Age (années) Ne se souvient pas	 77	☐☐	*Si Réponse connue, aller à S3*
S 2b	Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous depuis quand vous avez commencé à fumer quotidiennement? *(CODER 77 POUR NE SAIT PAS OU NE SE SOUVIENT PAS)*	En nombre d'Années Ou en Mois Ou en Semaines		Années ☐☐ Mois ☐☐ Semaines ☐☐	
S 3	Quelle quantité des produits suivants fumez-vous en moyenne chaque jour? *(INSCRIRE LA QUANTITE POUR CHAQUE TYPE DE PRODUIT)* *(CODER 77 POUR NE SAIT PAS* *CODER 88 POUR PAS APPLICABLE)* ☐☐☐☐☐☐☐☐ ←	Cigarettes industrielles Cigarettes roulées Pipes Cigares, cigarillos Autres (à préciser):		☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐	

ELARGI: Consommation de tabac					
S 4	Dans le passé, avez-vous déjà fumé **quotidiennement** ?	Oui Non	1 2	☐	*Si Non, aller à S6a*
S 5a	Si Oui, Quel âge aviez-vous quand vous avez **arrêté** de fumer **quotidiennement**?	Age (années) Ne se souvient pas	 77	☐☐	*Si Réponse connue, aller à S 6a* *Si 77, aller à S 5b*
S 5b	Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous **depuis quand** vous avez arrêté de fumer quotidiennement?	Nombre d'années Ou Nombre de mois Ou Nombre de semaines		Années ☐☐ Mois ☐☐ Semaines ☐☐	
S 6a	Consommez-vous **actuellement** du **tabac non fumé** sous forme de tabac à priser, de tabac à mâcher, de feuilles de bétel?	Oui Non	1 2	☐	*Si Non, aller à S 8*
S 6b	Si Oui, *En consommez-vous quotidiennement ?*	Oui Non	1 2	☐	*Si Non, aller à S 8*

* Modifier les instructions de saut si les modules élargies ou optionnelles sont ajoutés à la Section Tabac

Numéro d'identification du répondant ☐☐ ☐☐ ☐☐

S 7	En moyenne, combien de fois par jour prenez-vous les produits indiqués ci-contre *(INSCRIRE POUR CHAQUE TYPE)* *(CODER 77POUR NE SAIT PAS* *CODER 88 POUR PAS APPLICABLE)* ☐☐☐☐☐☐☐☐	Tabac à priser (voie orale) Tabac à priser (voie nasale) Tabac à mâcher Feuilles de bétel Autres (préciser)	☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
S 8	Dans le passé, avez-vous déjà pris quotidiennement du tabac non fumé tels que [tabac à priser, tabac à mâcher, feuilles de bétel]?	Oui 1 Non 2	☐

Consommation d'alcool (Section A)

Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool

		Réponse	Colonne de Saisie	
A 1a	Avez-vous **déjà consommé** une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du cidre ou *[ajouter des exemples locaux]* ? *UTILISER LES CARTES OU MONTRER DES EXEMPLES*	Oui 1 Non 2	☐	*Si Non, Aller à la Section Suivante**
A 1b	Si oui, en avez-vous consommé ces 12 **derniers mois** ?	Oui 1 Non 2	☐	*Si Non, Aller à la Section Suivante**
A 2	Durant les douze derniers mois, **à quelle fréquence** avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée? *(LIRE LES REPONSES)* *UTILISER LES CARTES*	5 jours ou plus/semaine 1 1 à 4 jours / semaine 2 1à 3 jours /mois 3 Moins d'1 fois / mois 4	☐	
A 3	Quand vous buvez de l'alcool, combien de verres prenez-vous en moyenne par jour?	Nombre de verres Ne Sait Pas 77	☐☐	
A 4	Au cours des 7 **derniers jours**, combien de verres standards d'alcool avez-vous pris (quel que soit la boisson alcoolisée) *(INSCRIRE POUR CHAQUE JOUR* *UTILISER LES CARTES)* *(CODER 77 POUR NE SAIT PAS)*	Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche	☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐	

ELARGI: Alcool			
A 5	Au cours des 12 derniers mois, quel a été le plus grand nombre de verres que vous ayez pris en une seule fois, en comptant toutes les sortes de verres standards?	Le plus grand nombre de verres	☐☐
A 6a	<u>Pour les hommes uniquement:</u> Au cours des 12 derniers mois, sur combien de jours avez-vous eu cinq verres standards ou plus en un seul jour?	Nombre de jours	☐☐☐
A 6b	<u>Pour les femmes seulement</u>: Au cours des 12 derniers mois, sur combien de jours avez-vous eu quatre verres standards ou plus en un seul jour ?	Nombre de jours	☐☐☐

* Modifier les instructions de saut si les modules élargies ou optionnelles sont ajoutés à la Section Alcool

Numéro d'identification du répondant ☐☐ ☐☐ ☐☐

Hygiène alimentaire (Section D)

Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. J'ai une carte qui montre quelques exemples de fruits et légumes locaux. Chaque dessin correspond à une portion. En répondant à ces questions, pensez à une semaine type de l'année passée.

D 1a	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours **consommez-vous des fruits** ? *UTILISER LES CARTES*	Nombre de jours	☐	*Si aucun jour, aller à D 2a*
D 1b	Combien de **portions** de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées? *UTILISER LES CARTES*	Nombre de portions	☐☐	
D 2a	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours **consommez-vous des légumes**? *UTILISER LES CARTES*	Nombre de jours	☐☐	Si aucun jour, aller à la Section Suivante
D 2b	Combien de **portions** de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées? *UTILISER LES CARTES*	Nombre de portions	☐☐	

ELARGI : Hygiène alimentaire

D 3	Quelle sorte de **matière grasse** (huile, beurre…) utilisez-vous le **plus souvent** pour la préparation des repas à la maison ? *UTILISER LES CARTES* *EN CHOISIR UN SEUL* ☐☐☐☐☐☐☐☐ ←	Huile végétale Lard ou graisse Beurre ou beurre allégé Margarine Autres Aucune en particulier Jamais de matière grasse utilisée dans la préparation des repas Ne Sait Pas	0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 7 7	☐☐

Numéro d'identification du répondant ☐☐ ☐☐ ☐☐

Activité physique (Section P)

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous passez sur différents types d'activités physiques. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.

Pensez tout d'abord au temps que vous consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, des tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser pour de la nourriture, de chercher un emploi. *[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]*

P 1	Est-ce que votre travail s'effectue la plupart du temps en position assise ou debout, sans marcher plus de 10 minutes d'affilée?	Oui 1 Non 2	☐	*Si Oui, aller à P6*
P 2	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques intenses, comme [soulever des charges lourdes, creuser, effectuer du travail de maçonnerie] pendant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	Oui 1 Non 2	☐	*Si Non, aller à P4*
P 3a	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine	☐☐	
P 3b	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	En heures et minutes ou en Minutes seulement	hrs ☐☐ : mins ☐☐ ☐☐☐	
P 4	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques moyennement intenses, comme une marche rapide ou soulever une charge légère durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	Oui 1 Non 2	☐	*Si Non, aller à P6*
P 5a	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques moyennement intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine	☐☐	
P 5b	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques moyennement intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	En heures et minutes Ou en minutes seulement	hrs ☐☐ : mins ☐☐ Ou minutes ☐☐☐	
P 6	Combien de temps dure habituellement une de vos journées de travail?	Nombre d'heures	hrs ☐☐	
Sans tenir compte des activités que vous avez déjà mentionnées, j'aimerais vous demander comment vous effectuez vos déplacements pour aller au travail, faire des achats, ou pour aller à l'église [*Ajouter d'autres exemples si nécessaire*]				
P 7	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Oui 1 Non 2	☐	*Si Non, aller à P9*
P 8a	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Nombre de jours/semaine	☐☐	
P 8b	Lors d'une journée habituelle, pendant combien de temps vous déplacez-vous à pied ou à vélo?	En heures et minutes Ou en minutes seulement	hrs ☐☐ : mins ☐☐ ☐☐☐	
Les questions suivantes concernent les activités que vous effectuez pendant votre temps libre comme par exemple vos loisirs, ou vos activités sportives *[insérer les termes appropriés]*. Ne tenez pas compte des activités physiques liées à votre travail ou à vos déplacements, déjà mentionnées auparavant.				
P 9	Durant votre temps libre, êtes-vous la plupart du temps en position assise, couchée, ou debout, sans activité physique durant au moins 10 minutes d'affilée?	Oui 1 Non 2	☐	*Si Oui, aller à P14*

Numéro d'identification du répondant ☐☐ ☐☐ ☐☐

P 10	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique intense comme courir ou pratiquer un sport nécessitant des efforts, soulever des poids, durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	Oui 1 Non 2	☐	*Si Non, aller à P 12*
P 11a	Si Oui, Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique intense durant votre temps libre?	Nombre de jours/semaine	☐☐	
P 11b	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures et minutes Ou en minutes seulement	hrs ☐☐ : mins ☐☐ ☐☐☐	
P 12	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique moyennement intense comme marcher rapidement, nager ou faire du vélo, durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	Oui 1 Non 2	☐	*Si Non, aller à P 14*
P 13a	Si Oui, Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique moyennement intense durant votre temps libre?	Nombre de jours/semaine	☐☐	
P 13b	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures et minutes Ou en minutes seulement	hrs ☐☐ : mins ☐☐ ☐☐☐	
La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée. En considérant les 7 derniers jours, souvenez-vous du temps passé au travail, à la maison, à vos loisirs, à rendre visite à des amis, à lire, à regarder la télévision, y compris au temps passé assis à un bureau, mais sans inclure le temps passé à dormir.				
P 14	Au cours des 7 derniers jours, combien de temps par jour avez-vous passé en position assise ou couchée en moyenne ?	En heures et minutes Ou en minutes seulement	hrs ☐☐ : mins ☐☐ ☐☐☐	

Numéro d'identification du répondant ☐☐ ☐☐ ☐☐

ELARGI : Antécédents de la tension artérielle				
H 1	Quand est-ce que votre pression artérielle a été prise pour la dernière fois par un professionnel de la santé ?	Au cours des 12 derniers mois Entre 1 à 5 années Pas ces 5 dernières années	1 2 3	☐
H 2	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou une hypertension?	Oui Non	1 2	☐ *Si Non, aller à la prochaine section*
H 3	Suivez-vous actuellement les traitements suivants, prescrits par un professionnel de la santé, pour une tension artérielle élevée ?			
H 3a	Médicaments pris ces deux dernières semaines	Oui Non	1 2	☐
H 3b	Régime spécial prescrit	Oui Non	1 2	☐
H 3c	Conseil ou traitement pour perdre du poids	Oui Non	1 2	☐
H 3d	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	Oui Non	1 2	☐
H 3e	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	Oui Non	1 2	☐
H 4	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour une tension artérielle élevée ou pour de l'hypertension ?	Oui Non	1 2	☐
H 5	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre tension artérielle élevée ?	Oui Non	1 2	☐

ELARGI: Antécédents de diabète				
H 6	A-t-on mesuré votre glycémie ces 12 derniers mois?	Oui Non	1 2	☐
H 7	Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a déjà dit que vous avez du diabète?	Oui Non	1 2	☐ *Si Non, aller à la prochaine section*
H 8	Suivez-vous actuellement les traitements suivants, prescrits par un professionnel de la santé, pour le diabète ?			
H 8a	Insuline	Oui Non	1 2	☐
H 8b	Traitement oral (médicaments) que vous avez pris ces 2 dernières semaines ?	Oui Non	1 2	☐
H 8c	Régime spécial prescrit	Oui Non	1 2	☐
H 8d	Conseil ou traitement pour perdre du poids	Oui Non	1 2	☐
H 8e	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	Oui Non	1 2	☐
H 8f	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	Oui Non	1 2	☐
H 9	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour le diabète ?	Oui Non	1 2	☐
H 10	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre diabète?	Oui Non	1 2	☐

Numéro d'identification du répondant ☐☐ ☐☐ ☐☐

Step 2 Mesures physiques

Poids et taille			Colonne de Saisie	
M 1	Code ID du technicien		☐☐☐	
M 2a & 2b	Code de la toise et du pèse-personne	(2a) taille ☐☐	(2b) poids ☐☐	
M 3	Taille	(en centimètres)	☐☐☐.☐	
M 4	Poids *Si trop lourd pour le pèse-personne, codez 666.6*	(en kilogrammes)	☐☐☐.☐	
M 5	*(Pour les femmes) Êtes-vous enceinte ?*	Oui 1 Non 2	☐	*Si Oui, Sauter Tour de taille*
Tour de taille				
M 6	Code ID du technicien		☐☐☐	
M 7	Code ID pour la taille		☐☐	
M 8	Tour de taille en centimètres:	(en centimètres)	☐☐☐.☐	

Pression artérielle				Colonne de Saisie
M 9	Code ID du technicien			☐☐☐
M 10	Code ID pour la pression artérielle			☐☐
M 11	Largeur du brassard	Petit 1 Normal 2 Large 3		☐
M 12a	Mesure 1 Pression artérielle systolique	Systolique	Mm Hg	☐☐☐
M 12b	Pression artérielle diastolique	Diastolique	Mm Hg	☐☐☐
M 13a	Mesure 2 Pression artérielle systolique	Systolique	Mm Hg	☐☐☐
M 13b	Pression artérielle diastolique	Diastolique	Mm Hg	☐☐☐
M 14a	Mesure 3 Pression artérielle systolique	Systolique	Mm Hg	☐☐☐
M 14b	Pression artérielle diastolique	Diastolique	Mm Hg	☐☐☐
M 15	Au cours des deux dernière semaines, avez-vous suivi un traitement, prescrit par un professionnel de la santé, pour une tension artérielle élevée ?	Oui 1 Non 2		☐

QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES			
M 16	Tour de la hanche	(en centimètres)	☐☐☐.☐
Rythme cardiaque (Indiquez si un appareil automatique de pression artérielle est utilisé)			
M 17a	Mesure 1	Battements par minute:	☐☐☐
M 17b	Mesure 2	Battements par minute:	☐☐☐
M 17c	Mesure 3	Battements par minute:	☐☐☐

Numéro d'identification du répondant ☐☐ ☐☐ ☐☐

Step 3 Mesures Biochimiques

Glycémie			Colonne de Saisie
B 1	Au cours des 12 dernières heures, avez-vous bu ou mangé quelque chose, excepté de l'eau?	Oui 1 Non 2	☐
B 2	Code ID du technicien		☐☐☐
B 3	Code ID de l'appareil		☐☐
B 4	Heure de la prise de sang (0-24 heures)		hrs ☐☐: mins ☐☐
B 5	Glycémie à jeun		mmol/l ☐☐.☐
		Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	☐
Lipides sanguins			
B 6	Code ID du technicien		☐☐☐
B 7	Code ID de l'appareil		☐☐
B 8	Cholestérol total		mmol/l ☐☐.☐
		Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	☐

QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES			
B 9	Code ID du technicien		☐☐☐
B 10	Code ID de l'appareil		☐☐
B 11	Triglycérides		mmol/l ☐☐.☐☐
		Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	☐
B 12	Code ID du technicien		☐☐☐
B 13	Code ID de l'appareil		☐☐
B 14	HDL Cholestérol		mmol/l ☐☐.☐
		Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	☐

ANNEXE 2

Guide d'instructions sur les questions portant sur le tabagisme

1.1 Étape 1 – Questionnaire (auto-administré)

Ce guide d'instructions a pour but de préciser aux yeux des enquêteurs le contexte et l'intention de chaque question.

Les enquêteurs pourront utiliser cette information au cas où les répondants demanderaient des éclaircissements à propos d'une question posée, qu'ils ne seraient pas en mesure de fournir. Les enquêteurs et leurs superviseurs s'abstiendront de toute interprétation personnelle à cet égard.

Les questions à poser figurent en gras; les explications portent sur le questionnaire de base et le questionnaire élargi.

1.1.1 Module de base – Consommation de tabac

Le mode de consommation du tabac le plus courant dans le monde consiste à le fumer, et la cigarette de fabrication industrielle à bout filtre s'impose toujours davantage comme le principal produit à base de tabac. D'autres formes de tabac à fumer sont potentiellement tout aussi dangereuses, bien que les conséquences néfastes de certaines soient plus limitées du fait que la fumée n'est généralement pas inhalée. Dans certaines cultures, on mâche, on suce ou on prise le tabac, avec de graves effets tissulaires locaux. Néanmoins, les effets sanitaires les plus importants étant entraînés par la fumée, seul ce mode de consommation figure dans le questionnaire de base.

Les questions concernant le tabagisme recommandées dans l'approche STEPS se fondent sur la définition fournie par l'OMS dans les *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic (2)*.

Les questions ci-dessous portent sur la pratique du fumeur pour tous les produits du tabac à la date de l'enquête, ainsi que sur sa durée et sur les quantités fumées quotidiennement.

S 1a Fumez-vous actuellement des produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes ?

On pensera à tous les produits du tabac que le répondant est susceptible de fumer ou de consommer à la date de l'enquête. Dans chaque pays, on aura actualisé l'Annexe 1 de la Section S pour tenir compte des produits à base de tabac qui lui sont spécifiques.

S 1b <u>Si oui</u>, fumez-vous quotidiennement ?

Cette question permet de discriminer les fumeurs quotidiens des autres.

S 2a À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ?
Cette question ne s'adresse qu'aux fumeurs/consommateurs quotidiens. Elle évoque le moment où le répondant a commencé à fumer, ou à faire usage de produits à base de tabac, de façon quotidienne.

S 2b Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, vous souvenez-vous depuis quand vous avez commencé à fumer quotidiennement ?
Cette question ne s'adresse qu'aux fumeurs/consommateurs quotidiens. Si le répondant ne se souvient pas de son âge, on notera la durée en semaines, mois ou années selon le cas.

S 3 Quelle quantité des produits suivants fumez-vous en moyenne chaque jour ?
On emploiera ici la liste de produits figurant à la Section S, page 25, en précisant les quantités de chaque produit consommées chaque jour par le répondant. Si aucun produit de chaque catégorie n'est consommé quotidiennement, on inscrira un zéro plutôt que de laisser les cases en blanc.

1.1.2 Module élargi – Consommation de tabac

S 4 Dans le passé, avez-vous déjà fumé quotidiennement ?
On évoquera l'époque où le répondant est susceptible d'avoir fumé ou consommé quotidiennement du tabac.

S 5a <u>Si oui</u>, quel âge aviez-vous quand vous avez arrêté de fumer quotidiennement ?
Il s'agit du moment où le répondant a cessé de fumer ou de consommer quotidiennement tout produit à base de tabac.

S 5b Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous depuis quand vous avez arrêté de fumer quotidiennement ?
Si le répondant ne se souvient pas de son âge, on notera la durée en semaines, mois ou années selon le cas.

S 6a Consommez-vous actuellement du tabac non fumé sous forme de tabac à priser, de tabac à mâcher, de feuilles de bétel ?
Dans certaines cultures, on consomme du tabac sans fumer pour autant.

S 6b <u>Si oui</u>, en consommez-vous quotidiennement ?
Cette question ne s'adresse qu'aux consommateurs de produits du tabac non fumés.

S 7 En moyenne, combien de fois par jour prenez-vous les produits indiqués ci-contre
On notera les réponses pour chaque catégorie de produits.

S 8 Dans le passé, avez-vous déjà pris quotidiennement du tabac non fumé tels que [tabac à priser, tabac à mâcher, feuilles de bétel]
On notera la réponse appropriée.

*1.1.3 Liste de produits à base de tabac**

Section S : Questions S1 à S8 (questionnaires de base et élargi)

- Cigarettes
- Cigarrillos
- Cigares
- Manilles
- Cigares toscans
- Bidis
- Goza/Houka
- Produits locaux à base de tabac (à inscrire)
- Produits locaux à base de tabac (à inscrire)
- Produits locaux à base de tabac (à inscrire)

* Les pays pourront ajouter des illustrations ou photographies selon les besoins.

16

Recherche et échange d'informations

En règle générale, celui qui réussit dans la vie est celui qui possède les meilleures informations.

—Benjamin Disraeli

INTRODUCTION

Il existe aujourd'hui un consensus général et scientifique quant au danger que représente le tabac envers la santé humaine. Pourtant, le tabac demeure socialement acceptable dans bien des lieux du monde, ce qui témoigne du succès de l'industrie du tabac dans sa promotion d'un produit dangereux. Réduire la charge mondiale de mortalité et de morbidité liées au tabagisme suppose donc que chacun reconnaisse les dangers du tabac et prenne conscience de la nature manipulatrice des cigarettiers; ce qui implique d'employer des moyens de collecte systématique des données concernant les ravages du tabagisme et les démarches promotionnelles de l'industrie en faveur de ce produit nocif, aussi bien que des circuits de diffusion de l'information scientifique dans le grand public.

DES HYPOTHÈSES AUX POLITIQUES

Les enseignements de l'histoire de la lutte antitabac

Pour convaincre les individus, les communautés et les pouvoirs publics d'agir de façon à réduire la consommation de tabac, il est indispensable de mener des recherches systématiques et d'en vulgariser les résultats auprès des populations. Tout dispositif en ce sens contribuera à faire avancer le mouvement de lutte contre l'épidémie de tabagisme.

Bien souvent, les dangers sanitaires mis à jour par la recherche sont à l'origine des politiques de santé publique les mieux étayées. On peut le voir à travers l'exemple suivant : dès 1967, les États-Unis d'Amérique imposaient à l'industrie du tabac de faire figurer des avertissements "fumer provoque le cancer du poumon" sur tous les paquets de cigarettes vendus dans le pays. Comment ?

En 1939, soit moins de 30 ans avant l'adoption de cette politique, on formulait des mises en garde contre le tabac, publiées dans l'ouvrage *La guerre des nazis contre le cancer (1)*. L'Allemand Franz Hermann Muller y observait une étroite relation dose-réponse entre le fait de fumer et le cancer du poumon. Dans les années 1950, cette "hypothèse" se vit conforter par trois études de contrôle des cas fondatrices. Deux d'entre elles parurent dans le *Journal of the American Medical Association*; l'une, de Morton Levin, établissait le lien entre fumée et cancer du poumon; l'autre, d'Ernst L. Winders et Evarts A. Graham, montrait que 96,5% des patients atteints du cancer du poumon étaient fumeurs *(2, 3)*. D'autres éléments virent le jour en 1954 lorsque Sir Richard Doll et Bradford Hill publièrent leurs conclusions dans *The British Medical Journal*, selon lesquelles les grands fumeurs multiplient par 50 leurs risques de contracter un cancer du poumon *(4)*. En 1964, ayant passé en revue l'ensemble des données disponibles, le rapport du Surgeon General des États-Unis d'Amérique en concluait que fumer :

- provoque chez l'homme le cancer du poumon et le cancer du larynx;
- provoque probablement le cancer du poumon chez la femme;

- est la première cause de la bronchite chronique;
- constitue un danger d'importance suffisante pour justifier une action correctrice.

C'est sur la base de ce rapport déterminant du Surgeon General que furent adoptées aux États-Unis d'Amérique les premières politiques de santé publique contre le tabagisme. Il illustre parfaitement comment une hypothèse appuyée par la recherche scientifique et relayée en direction du public peut amener les responsables politiques à intervenir (l'Encadré 1 résume cet exemple) *(5)*.

Le cas du tabagisme passif constitue un deuxième exemple de l'influence de la recherche sur les politiques publiques. En 1986, le National Research Council des États-Unis d'Amérique publiait un rapport fondateur concernant les dangers de la fumée secondaire, intitulé "Environmental Tobacco Smoke : Measuring Exposures and Assessing Health Effects" *(6)*.

Ces éléments furent confortés par ceux d'une monographie du Centre international de recherche sur le cancer (IARC), "Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemical Smoke : Tobacco Smoking". Puis en 1993, une étude de l'Environmental Protection Agency des États-Unis d'Amérique (EPA) classait le tabagisme secondaire en "Catégorie A", c'est-à-dire comme cancérigène humain établi. C'est à la suite de cette étude, et d'autres aux résultats semblables, que différents pays ont adopté des lois interdisant de fumer dans certains lieux publics, afin de protéger les non-fumeurs contre les effets délétères du tabagisme passif.

"... Je vous demanderai d'abord d'admettre certaines réalités, certaines statistiques de vie... Ces statistiques, que je vous serais obligé d'avoir à l'esprit, tiennent aux chiffres 7, 57, 139 et 227. Rien de bien glorieux à ces chiffres : il s'agit des taux de décès par cancer du poumon pour 100 000 habitants et par an, chez les hommes non-fumeurs (7), les hommes qui fumaient de 1 à 14 cigarettes par jour (les 57), les hommes qui fumaient de 15 à 24 cigarettes par jour (nous en sommes à 139), et les hommes qui fumaient plus de 25 cigarettes par jour (voilà les 227)... Ces statistiques de vie sont au fond la raison pour laquelle nous sommes réunis ici ce soir... Ces statistiques de vie sont réellement vitales : elles menacent l'existence même de l'industrie du tabac dans tous les pays du monde."

—Note interne confidentielle de Philip Morris, 1969
The Present Position : Principaux éléments contre le tabagisme ("Main Evidence Against Smoking").

Encadré 1. La recherche sur le cancer du poumon et la politique antitabac

1939	Franz Muller observe une relation dose-réponse entre le fait de fumer et le cancer du poumon.
Début années 1950	Morton Levin publie dans le *Journal of the American Medical Association* une étude établissant le lien entre fumer et avoir le cancer; Ernst L. Winders et Evarts A. Graham publient dans la même revue des résultats donnant comme fumeurs 96,5% des patients atteints de cancer du poumon interrogés.
1954	Sir Richard Doll et Bradford Hill publient leurs résultats dans *The British Medical Journal* : les grands fumeurs courent 50 fois plus de risques de contracter un cancer du poumon.
1964	Le rapport du Surgeon General des États-Unis d'Amérique conclut que fumer constitue un danger pour la santé qui impose d'agir.
1967	Les États-Unis d'Amérique édictent leur première législation antitabac, fondée sur les preuves apportées par les études précédentes.

"• Retarder l'avancement et/ou la publication de l'étude.
• Déformer le texte de ses conclusions et de la proclamation officielle de ses résultats.
• Neutraliser les effets négatifs possibles de l'étude, en particulier comme instrument de réglementation.
• S'opposer à l'impact potentiel de l'étude sur la politique gouvernementale, l'opinion publique, et les actions d'employeurs et propriétaires privés."

—D'après une note de Philip Morris (1993), délimitant les objectifs d'une campagne de plusieurs millions de dollars visant à décrédibiliser l'étude de l'IARC sur le tabagisme passif. Campaign for Tobacco-Free Kids, *Trust Us We're the Tobacco Industry,* 2001. Numéro Bates 2501341817-23.

En réaction, l'industrie du tabac lança alors une offensive systématique visant à discréditer l'information scientifique portant sur la fumée secondaire. Des chercheurs antitabac ont ainsi déclaré que cette action entreprise par toute l'industrie du tabac contre une seule étude scientifique (l'IARC concluait à une augmentation de 16% dans l'estimation par point du risque de cancer du poumon chez les non-fumeurs) était "massive" et "étonnante" *(7)*. L'industrie s'acharne aujourd'hui à mener campagne contre les études qui concluent au cancer du poumon et autres maladies chez le non-fumeur du fait de la fumée secondaire, à subvertir le processus scientifique normal, et à retarder ou bloquer l'élaboration et la mise en œuvre dans les pays de politiques antitabac efficaces *(8)*.

Encadré 2. Le procès de la fumée secondaire

1986	Aux États-Unis d'Amérique, le National Research Council publie un rapport fondateur sur les dangers de l'exposition à la fumée secondaire, intitulé *Environmental Tobacco Smoke : Measuring Exposures and Assessing Health Effects*
1986	L'IARC publie *Evaluation of Carcinogenic Risks of Chemical Smoke : Tobacco Smoking (Vol. 38)*, qui conforte l'argumentation contre la fumée secondaire.
1993	L'Environmental Protection Agency des États-Unis d'Amérique classe le tabagisme passif en "Catégorie A" (cancérigène humain établi).
fin années 1990-x	Les premières politiques publiques interdisant de fumer dans les lieux publics prennent effet dans plusieurs États du pays.

LA RECHERCHE ET L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS EN MATIÈRE DE LUTTE ANTITABAC ET LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC (CCLAT OMS)

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT OMS) propose des orientations concernant la surveillance, la recherche et l'échange d'informations en matière de lutte antitabac. Elle encourage les pays à s'intéresser aux points suivants :

- mettre en place un dispositif national de surveillance épidémiologique de la consommation de tabac, et tenir à jour les indicateurs économiques et sanitaires permettant de suivre l'évolution du problème et les effets de la lutte antitabac;
- faciliter la surveillance régionale et mondiale du tabagisme et les échanges d'informations sur les indicateurs de la lutte antitabac, en s'efforçant :

  - d'entreprendre, directement ou par l'intermédiaire des organismes internationaux compétents, des activités de recherche et d'évaluation scientifique;
  - de promouvoir, d'appuyer et d'encourager la recherche contribuant à réduire la consommation de tabac et les dommages qui en résultent, notamment dans les pays en développement.
- faciliter l'échange complet, ouvert et rapide d'informations scientifiques, techniques, socioéconomiques, commerciales et juridiques, ainsi que d'informations concernant les pratiques de l'industrie du tabac, en s'efforçant :
  - d'établir et de maintenir une base de données concernant les lois et règlements sur la lutte antitabac, et de coopérer au développement de programmes complémentaires nationaux, régionaux et mondiaux de lutte antitabac;
  - d'établir et de maintenir une base de données concernant les programmes de surveillance nationaux;
  - de renforcer la formation et le soutien de tous ceux qui participent à des activités de lutte antitabac, y compris la recherche, la mise en œuvre et l'évaluation.

Le programme global de recherche pour la lutte contre le tabac

Dès 1999, des chercheurs et responsables politiques de pays en développement, des donateurs internationaux et des organismes de recherche investis de mandats globaux reconnaissaient la nécessité d'un programme mondial de recherche antitabac. Les participants se réunirent alors à une conférence sur les Priorités mondiales de recherche pour la lutte antitabac à Washington (DC) en mars 1999, à l'appel de Recherche pour la lutte mondiale contre le tabac (RMCT) et de l'Organisation mondiale de la Santé, puis à Genève (Suisse) en juin 1999 lors du Forum mondial pour la recherche en santé.

À ces deux occasions, les experts de la recherche antitabac ont reconnu que les politiques et programmes antitabac devaient se fonder sur une base scientifique solide pour combattre avec succès l'épidémie de tabagisme. Ils en concluaient à l'urgence d'une action importante et concertée pour renforcer la recherche antitabac, ce qui impliquerait :

- d'attirer des investissements vers la recherche;
- de construire des capacités durables dans les pays en développement;
- de définir des thèmes prioritaires;
- de prendre les dispositions institutionnelles appropriées pour faire avancer la recherche.

Ces thèmes prioritaires figurent dans les encadrés 4 et 5 (on trouvera à l'Encadré 3 des renseignements sur l'action menée par RMCT/CRDI et l'OMS en matière de recherche antitabac). Ils constituent le cœur du programme global de recherche recommandé par l'OMS et ses partenaires. Certains de ces thèmes portent sur des questions spécifiques à certains pays ou régions, alors que d'autres, plus larges, présentent un potentiel pour influencer les politiques et pratiques au niveau international. La mise au point commune d'instruments et méthodologies de recherche faciliterait la collecte des données et permettrait les comparaisons entre pays.

Encadré 3. L'OMS et Recherche pour la lutte mondiale contre le tabac/Centre de recherches pour le développement international (RMCT/CRDI)

En 1998–1999, Recherche pour la lutte mondiale contre le tabac (RMCT), Secrétariat à donateurs multiples hébergé par le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) à Ottawa (Canada), a mené une série de consultations régionales afin de guider la formulation de programmes de recherche antitabac dans les pays en développement. Cet exercice réunissait des participants d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Asie du Sud et du Sud-Est, et d'Afrique orientale, centrale et australe.

À la suite de ces consultations régionales, RMCT fut invité à agir en tant que chef de file dans l'élaboration d'un projet de document énonçant les priorités mondiales de la recherche pour la lutte contre le tabac. Ce document fut adopté en juin 1999 par le Forum mondial pour la recherche en santé, et publié conjointement par RMCT et l'Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac, sous le titre *Confronting the epidemic : a global agenda for tobacco control research*.

Les priorités de recherche énumérées dans le programme mondial sont parallèles à de nombreuses dispositions de la CCLAT OMS et, à ce titre, elles constituent le cadre d'une base factuelle à l'appui de la signature, de la ratification et de la mise en œuvre du traité global. Elles résument les besoins de recherches concernant la demande de tabac comme l'offre, et précise les besoins en recherches particulières au niveau des pays, nécessaires aux législateurs nationaux.

Le programme global voit en outre dans la diffusion des résultats un aspect primordial de la recherche antitabac. Dans les pays en développement, celle-ci est essentielle en tant que base factuelle permettant d'élaborer des politiques et programmes valables. Les projets financés par RMCT doivent donc comprendre une composante de diffusion, résumant les stratégies de transfert des connaissances dans la communauté scientifique, et prenant en compte la préparation de synthèses de politique ainsi que d'autres supports visant à informer les décideurs politiques et les médias, ou de stratégies de sensibilisation destinées à améliorer la conscience des populations en matière de lutte antitabac. Le transfert effectif de connaissances implique de connaître les processus politiques qui forgent les décisions politiques, ainsi que le jeu entre les différents intérêts qui influencent le calendrier législatif. *Tobacco Control Policy : Strategies, Successes and Setbacks (6)* présente le déroulement des événements dans six pays du monde : Afrique du Sud, Bangladesh, Brésil, Canada, Pologne et Thaïlande, qui sont tous parvenus à adopter une législation antitabac. Les stratégies et les combats qui ont émaillé ce processus sont décrits de façon à informer et à inspirer d'autres pays.

Encadré 4. Le Programme global de recherche pour la lutte contre le tabac : thèmes essentiels

Recherches spécifiques aux pays
Un thème récurrent est celui du manque de données normalisées et comparables. Les systèmes de surveillance devraient donc recueillir des données nationales et régionales concernant :

- la prévalence de l'usage du tabac et les structures de la consommation (notamment parmi les jeunes et les professionnels de la santé);
- les tendances de la morbidité et de la mortalité attribuables au tabac;
- les niveaux de conscience des différents secteurs de la population concernant les risques sanitaires liés à l'usage du tabac;
- les politiques de prix, grâce à des études d'élasticité par segment pour déterminer les effets de la taxation sur la consommation de tabac;
- les comportements et attitudes concernant les mesures antitabac, afin de comprendre comment se forment et se transmettent les normes sociales, et de permettre des comparaisons interculturelles des différences régionales et culturelles dans l'acceptabilité du tabac.

Interventions d'ordre politique
La recherche est cruciale pour déterminer objectivement les effets des politiques de lutte antitabac, telles que l'augmentation des prix par la hausse de la taxation, l'instauration de lieux publics non-fumeurs, les restrictions sur le marketing, la publicité et la promotion du tabac, et la limitation de l'accès des jeunes au tabac. Plus particulièrement, sont ici visées :

- La recherche économique
  - études d'élasticité de la demande, afin de déterminer le niveau optimal de la taxation en fonction de la classe sociale, de l'âge et de la situation géographique;
  - déterminants, mécanismes et effets du trafic illicite, et influence de la contrebande sur l'usage du tabac;
  - possibilités et obstacles de l'harmonisation des prix au niveau régional.
- La recherche juridique
  - effets des accords commerciaux internationaux sur la production, le commerce et le marketing des produits à base de tabac;
  - recherches empiriques et théoriques contribuant à faciliter la rédaction, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques, et notamment les interdictions de publicité.

Interventions d'ordre programmatique
Le programme global de recherche devra se fonder sur un modèle de santé publique exhaustif de la dépendance nicotinique, englobant le milieu, l'agent, l'hôte et le vecteur. Parmi les domaines nécessitant une étude scientifique, on notera :

- les possibilités et obstacles de la lutte antitabac;
- les composantes optimales (programmes et politiques) d'une stratégie antitabac exhaustive;
- une recherche en communication, visant à élaborer des messages efficaces afin de démentir les promotions de l'industrie du tabac;
- une recherche comportementale, visant à évaluer l'efficacité des programmes de prévention et de traitement;
- des études socioculturelles visant à déterminer l'acceptabilité culturelle d'interventions spécifiques et à élucider les différences de réponses entre groupes ethniques et culturels;
- le développement et l'évaluation d'approches innovantes dans la prévention du tabagisme, spécialement dans les populations à risques fortement accrus;
- L'évaluation de l'efficacité et des conséquences relatives des interventions préventives qui emploient des stratégies à risque unique, par rapport à celles à risques multiples.

Traitement de la dépendance tabagique
Deux grands domaines de recherche sont ici d'une importance particulière :

- examen d'une gamme d'approches visant à accroître les taux de sevrage dans différentes populations;
- évaluation d'interventions pharmaceutiques et mécanismes de prestation nouveaux, y compris leur efficacité-coût et leurs effets dans divers sous-groupes socioculturels, physiologiques et génétiques.

Mise au point et réglementation des produits à base de tabac
La modification des produits (teneur en nicotine

Continue sur la page suivante...

(Suite)

et goudrons, système de distribution, additifs, goût, taille, etc.) en vue de transformer les schémas de consommation et/ou de réduire les dommages causés aux différents sous-groupes constitue un autre domaine de recherche possible. Les pistes suivantes pourraient être explorées :

- biologie de la dépendance tabagique;
- caractérisation des additifs aux produits du tabac;
- évaluation d'un étiquetage alternatif des produits du tabac;
- évaluation des attentes du public vis-à-vis des produits du tabac et comportement à l'égard des nouveaux produits;
- formulation d'une base objective pour de futures décisions en matière de teneur en nicotine et goudrons, en fonction des résultats pour la santé publique.

Analyse de l'industrie du tabac

Si certaines recherches concernant l'industrie du tabac seront à mener au niveau des pays, celles portant sur le rôle international des multinationales cigarettières auront aussi toute leur place :

- caractérisation de l'actionnariat, de la structure d'entreprise et de la réglementation de l'industrie du tabac aux niveaux local et international, y compris les forces dominantes du secteur, les pratiques industrielles, les alliances, et les tendances des parts de marché relatives;
- la production de tabac et de cigarettes dans ses aspects commerciaux aux niveaux international et régional, en termes de recettes en devises, d'emploi, d'importations et d'exportations nationales, et de trafic illicite;
- cartographie politique des relations de l'industrie du tabac avec les gouvernants (y compris les activités de lobbying);
- l'implication de l'industrie dans les activités de contrebande;
- la publicité, le marketing et la promotion du tabac (visant notamment les femmes, les jeunes et autres groupes à risques), les effets des changements dans la publicité sur la consommation, et la perception par le public de la publicité et de la promotion menées par les multinationales;
- l'influence de l'industrie sur les questions du tabagisme et de la dépendance (notamment son influence sur la nature et l'orientation de la recherche).

Culture du tabac

De nombreux aspects de la culture du tabac sont mal connus, en particuliers les risques professionnels, les effets sur l'environnement, les avantages économiques et l'impact socioculturel (notamment pour les femmes et les enfants). Les sujets de recherche suivants sont importants :

- les relations entre production de tabac et destruction de l'écosystème, notamment en matière de déforestation, de pesticides et d'épuisement des nutriments;
- les attitudes, croyances et pratiques des cultivateurs de tabac, et le contexte historique-culturel sous-jacent;
- les effets économiques de la lutte antitabac sur les pays en développement qui cultivent ou fabriquent du tabac ou des produits à base de tabac, pour leur marché intérieur ou à l'exportation;
- les possibilités de cultures de remplacement et de modes de vie alternatifs : informations sur les options culturales des agriculteurs, et sur l'emploi de leurs enfants hors du secteur tabac;
- pratiques culturales et de séchage aux niveaux national et sous-national;
- risques sanitaires professionnels liés à la culture, au séchage et à la manipulation du tabac, y compris par l'utilisation de pesticides, herbicides et engrais;
- effets de la culture du tabac sur les femmes et les enfants;
- faisabilité d'une diversification dans les pays fortement dépendants de la culture et de la transformation du tabac, et dispositifs de soutien à ces pays dans leurs entreprises de diversification.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT OMS)

Les données issues du programme global résumé ci-dessus ont constitué une assistance technique déterminante dans l'élaboration et la mise en œuvre de la CCLAT OMS. De nouvelles recherches seront nécessaires pour la ratification et l'application de la Convention, comme pour son suivi et son respect. Les principaux domaines d'étude sont les suivants :

- le soutien politique mondial : les mécanismes assurant la ratification et la mise en œuvre;
- la conception et les structures des dispositifs de suivi à établir par l'OMS;
- la vérification des résultats de la Convention.

Encadré 5. Le Programme global de recherche pour la lutte contre le tabac : thèmes transversaux

Les thèmes de recherche transversaux couvrent un certain nombre de questions qui devront être prises en compte dans tous les domaines thématiques.

Les populations à hauts risques

- il est nécessaire de cerner les segments à hauts risques de la population, par exemple ceux qui présentent des niveaux de prévalence élevés ou croissants, les jeunes sur le point de s'engager dans l'usage du tabac, et d'autres sollicités par les promotions de l'industrie;
- il convient de mener des recherches biologiques et comportementales de base afin de comprendre les facteurs socioculturels, psychologiques, physiologiques et génétiques qui influencent l'initiation tabagique, la progression jusqu'à la dépendance nicotinique, ainsi que l'arrêt du tabac, dans les segments à hauts risques;
- il faudrait mener des études sur l'influence de la publicité et de la promotion du tabac, particulièrement sur les groupes à hauts risques;
- des recherches restent à entreprendre quant aux causes de la résistance de certains groupes à hauts risques face aux interventions.

L'état de préparation des pays

- des recherches qualitatives et quantitatives devraient permettre d'évaluer pour chaque pays ou région à quel point ils sont prêts à adopter des mesures antitabac, d'après certains indicateurs comme la connaissance des effets du tabac sur la santé, le soutien aux interventions, et la priorité accordée à la lutte antitabac par les principaux leaders d'opinion, notamment les responsables politiques et les professionnels de la santé.

La diffusion

- des recherches devraient permettre de mieux comprendre comment traduire les connaissances en pratique réelle, notamment dans l'élaboration de politiques (ces recherches devront comprendre une synthèse des connaissances, ainsi que des méthodes assurant la diffusion, l'adoption, la mise en œuvre et le maintien des stratégies connues pour leur efficacité);
- il conviendra d'élaborer des mécanismes permettant la meilleure diffusion possible des interventions préventives et curatives éprouvées, par l'intermédiaire de différents canaux aux niveaux local et national;
- il devra exister un moyen de diffuser les résultats de la recherche aux décideurs politiques.

Le renforcement des capacités

- la capacité de lutte antitabac (recherche comprise) devra être étudiée, notamment dans les domaines non directement liés à la santé, comme l'analyse économique et politique;
- il conviendra d'identifier les chercheurs et organismes de recherche actuellement engagés dans la recherche pour la lutte antitabac, ainsi que ceux qui pourraient le devenir, et de recenser les parties prenantes aux initiatives antitabac, ainsi que leurs besoins et activités, afin de relier la recherche aux besoins en matière de politiques, de programmes et de pratiques.

La mobilisation de ressources humaines et financières

- Il conviendra de mobiliser des ressources humaines et financières pour mettre en œuvre un programme de recherche exhaustif, établir des partenariats, et stimuler la recherche et l'analyse comparées.

LES DÉFIS D'UNE RECHERCHE EFFICACE POUR LA LUTTE ANTITABAC

Si la recherche joue un rôle essentiel pour orienter les politiques publiques en matière de lutte antitabac, elle constitue aujourd'hui encore un domaine sous-développé dans certains pays. Les capacités et les ressources restent limitées, et se concentrent souvent dans quelques pays développés et en développement (comme l'Afrique du Sud, la Chine, l'Inde et la Thaïlande), qui sont déjà en avance sur l'ensemble de la communauté mondiale en ce qui concerne les politiques et programmes antitabac. En 1990, on estimait qu'environ US$ 148 à 164 millions étaient affectés dans le monde à la recherche et développement (R&D) pour la lutte antitabac; ce qui ne représentait que US$ 4,31 par année de vie ajustée sur l'incapacité *(10)*. L'essentiel de ces financements appuyaient des recherches dans les pays développés : par conséquent, leurs résultats et recommandations n'étaient que partiellement transposables aux conditions socioéconomiques et politiques de nombreux pays en développement. Par ailleurs, la majorité des financements dans le monde sont destinés à la recherche médicale, plutôt qu'à une recherche pluridisciplinaire orientée vers les politiques antitabac, qui est essentielle à l'élaboration d'interventions efficaces pour réduire l'usage du tabac.

La série de consultations conduite par RMCT/CRDI et l'OMS en 1999 a permis de recenser quatre grands défis que doit affronter la recherche pour la lutte antitabac dans les pays en développement *(11)*.

1. Le manque de données normalisées et comparables. Il existe un besoin manifeste de systèmes de surveillance et de recherches au niveau régional, visant à établir des données de base concernant : la prévalence du tabagisme; les structures et tendances de la consommation; les structures et tendances de la morbidité et de la mortalité attribuables au tabagisme; les politiques et programmes existants; et les initiatives de recherche en cours et terminées. Si l'on dispose d'un certain nombre de documents, il est coûteux de maintenir ce type de bases de données. Les besoins essentiels portent sur des informations décomposées par sexe, groupe d'âge, populations à risques, régions et provinces.
2. L'absence d'un réseau permettant de communiquer l'information, les données et les meilleures pratiques. Si nombre de réseaux électroniques ont utilement contribué au débat sur la lutte antitabac, ils ne sont pas uniformément accessibles dans le monde en développement. Disposer de réseaux de communication accessibles permettrait de diffuser efficacement les résultats de la recherche, et aiderait à harmoniser les recherches en facilitant les collaborations et partenariats entre pays et régions.
3. Le manque de capacités adéquates de recherche pour la lutte antitabac, particulièrement dans les domaines non sanitaires tels que l'analyse économique et politique. Le fardeau socioéconomique actuel et potentiel de la production et de la consommation de tabac souligne la nécessité de renforcer les capacités de recherche dans les pays en développement. La rareté des compétences dans la recherche pluridisciplinaire et politique est aggravée par l'incapacité des organismes de financement à se montrer dynamiques en matière de recherche sur des questions en pleine évolution.

4. La nécessité d'une mobilisation concertée des ressources humaines et financières, afin de mettre en œuvre un programme de recherches exhaustif, d'établir des partenariats et de stimuler la recherche et l'analyse comparées. Ce point est reconnu par la CCLAT OMS, qui appelle les pays à agir ensemble en vue d'accroître les ressources affectées à la recherche pour la lutte antitabac et à l'échange d'informations.

Une approche pratique de la recherche dans les pays en développement

Établir un programme de recherches solide suppose une planification stratégique et une implication forte. Des investissements seront nécessaires pour renforcer les capacités et les infrastructures, mais leur coût ne devra pas être prohibitif. Il est donc essentiel d'adopter une approche pragmatique et de poser des priorités; les lignes directrices qui suivent devraient être considérées avec attention.

- Évaluer les ressources actuelles de la recherche, ses besoins, et les écarts en la matière. Si des données existent, il ne sera peut-être pas nécessaire de consacrer du temps et des fonds à mener de nouvelles enquêtes ou études. On consacrera plutôt ces ressources à localiser, collecter et analyser les données existantes pour répondre aux besoins du programme antitabac.
- Établir les priorités de la recherche en fonction des besoins des politiques. Pour être efficace, la recherche devra appuyer et orienter l'élaboration de la politique de santé publique. En choisissant les priorités de la recherche, on optera pour les domaines qui comblent des failles dans les politiques et la sensibilisation. On évitera de mener des recherches "au nom de la recherche" : les ressources étant limitées, toute recherche pour la lutte antitabac devrait conduire à des améliorations dans les politiques et programmes, afin de réduire la consommation de tabac. L'emploi de ce critère devrait permettre d'éliminer les projets de recherche redondants, inutiles ou superflus.
- S'associer avec des institutions scientifiques et universitaires. La plupart des pays, même les plus petits et les moins développés, abritent sans doute des capacités de recherche au sein de leurs établissements universitaires. En établissant des relations avec ces institutions, on pourra contacter des chercheurs susceptibles de contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets de recherche. En outre, les universités et autres établissements d'enseignement supérieur, ainsi que la communauté scientifique, disposent habituellement des équipements et technologies nécessaires à la recherche, par exemple des logiciels de traitement statistique et autres applications informatiques.
- Intégrer un programme de recherches au plan national d'action. Ce programme de recherches devra traiter les domaines du plan d'action qui nécessitent des éléments probants.
- Repérer rapidement toute occasion potentielle de recherche en collaboration. La lutte antitabac recoupe de nombreux domaines de la santé publique aussi bien que d'autres secteurs de l'État. Il existe peut-être des possibilités d'incorporer des projets de recherche pour la lutte antitabac aux programmes de recherche de ces autres domaines et secteurs. Les services fiscaux pourraient ainsi disposer de ressources leur permettant d'évaluer les effets économiques de la contrebande de cigarettes. Les recherches concernant les

interventions sur les styles de vie, destinées à réduire la mortalité due aux maladies non transmissibles, pourraient abriter une composante sur le rapport coût-efficacité de l'arrêt du tabac. On cherchera activement de telles possibilités de collaboration pour produire des données utiles au programme antitabac.

- Participer à des projets de recherche en collaboration interpays. Il existe également des occasions de mener des recherches pour la lutte antitabac en collaborant entre pays. C'est ainsi que la South-East Asian Alliance for Tobacco Control et la London School of Tropical Medicine and Hygiene appuient actuellement plusieurs pays d'Asie du Sud-Est dans leurs recherches sur les documents de l'industrie du tabac qui concernent la région.
- En établissant le programme national de recherche, s'appuyer sur le Programme global de recherche pour la lutte contre le tabac, élaboré sous les auspices de l'OMS et du CRDI.
- Intégrer la recherche aux systèmes de surveillance et de suivi. La plupart des données enregistrées par la surveillance périodique peuvent être utilisées pour répondre à certaines questions précises de la recherche.
- Prévoir une stratégie de diffusion lors de la planification du programme de recherches. Les informations issues de la recherche doivent être partagées et diffusées auprès du grand public pour produire le maximum d'effets possible. La plupart des chercheurs ont tendance à négliger cet aspect central. Une information qui n'est pas rendue publique est souvent inutile, et ne saurait guider une politique publique.
- Lors de la planification du programme de recherches :
  - Prendre en compte les domaines de recherche pluridisciplinaires. Inclure l'évaluation et l'étude systématiques des aspects économiques, médiatiques, sociologiques, culturels et juridiques de la lutte antitabac.
  - Saisir toute occasion d'obtenir des données. Par exemple, se procurer des données sur l'état du tabagisme lors de toutes les rencontres cliniques.
  - Être créatif. Par exemple, utiliser les agents de santé dans les villages pour obtenir des données de terrain.
  - Employer des méthodes tant qualitatives que quantitatives pour produire des informations.
  - Construire des capacités locales.
  - Chercher en permanence des sources de financement.
  - Associer la recherche au processus d'évaluation.

LA RECHERCHE DANS LA SENSIBILISATION

Le chapitre précédent couvrait les grands sujets relatifs à l'établissement de systèmes de surveillance visant à recueillir des informations fondamentales concernant la production de tabac, sa consommation et ses effets sur la santé. Toutefois, au-delà de ces domaines techniques, la recherche menée par les programmes nationaux antitabac doit aussi s'exercer en vue d'appuyer la sensibilisation à la lutte antitabac. Cet aspect revêt une importance

particulière dans les pays en développement, dont les ressources limitées doivent être utilisées avec efficacité pour produire des résultats tangibles.

La recherche qui a pour but de sensibiliser à la lutte antitabac tend à établir des données conduisant à introduire ou renforcer des lois et politiques visant à réduire la consommation de tabac. Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une stratégie d'ensemble, afin de définir des interventions antitabac efficaces. À la différence des études épidémiologiques ou des essais cliniques aléatoires, ce type de recherche peut prendre différentes formes créatives *(9)*.

- Sondages ou enquêtes d'opinion. Ces techniques sont utiles pour montrer aux décideurs politiques que l'opinion appuie les mesures antitabac. Les sondages d'opinion permettent en outre de cerner des domaines dans lesquels il est nécessaire de renforcer l'éducation et la sensibilisation du public *(12)*.
- Recherche économique. Deux publications de la Banque mondiale, *Maîtriser l'épidémie : l'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme (13)* et *Tobacco Control in Developing Countries (14)* proposent des pistes concrètes sur des questions économiques intéressant la lutte antitabac. Les responsables politiques peuvent se laisser convaincre d'appuyer des politiques et législations antitabac, pour peu qu'on leur démontre à l'aide de données locales que les interventions antitabac, loin de nuire aux recettes fiscales du pays, seraient en fait avantageuses pour l'économie, tandis que l'usage du tabac représente un coût.
- Examen par pays des documents de l'industrie du tabac. Cet aspect a déjà été abordé au Chapitre 13.
- Recherche qualitative. Ce type de recherche a recours à des trajectoires et citations personnelles pour donner un "visage humain" à l'épidémie de tabagisme. Employée de façon stratégique et communiquée avec efficacité, l'information issue de cette recherche peut produire de très puissants effets.

On trouvera ci-après des conseils et suggestions pour élaborer et conduire des recherches visant à la sensibilisation. Le sujet est traité plus en détail dans *Low Cost Research for Advocacy (12)*.

- Planifier à l'avance. On élaborera un programme de recherches qui soit complémentaire et compatible avec les buts et objectifs du plan d'action national. Les activités de recherche spécifiques seront fondées sur les besoins nationaux. On définira en outre comment utiliser l'information acquise par la recherche afin d'obtenir les résultats attendus du plan d'action national; et notamment, on déterminera une stratégie de diffusion des conclusions auprès des publics cibles adéquats.
- S'adjoindre les compétences techniques appropriées pour concevoir et mener des projets de recherche à vocation politique. En fonction de la nature de la recherche, on aura parfois besoin de consulter des spécialistes de la conception et des statistiques des études qualitatives ou quantitatives. On demandera l'assistance de spécialistes extérieurs aux sciences de la santé, notamment pour les études qualitatives. Les professionnels des sciences sociales, de la recherche en marketing et de l'anthropologie seront souvent d'une aide précieuse.
- Dans toute la mesure du possible, s'appuyer sur les travaux antérieurs. On peut exploiter une masse croissante de recherches pour la lutte antitabac, publiées ou en

ligne, effectuées à la fois dans les pays développés et en développement, qui fourmillent d'informations et de conseils sur des thèmes et méthodologies de recherche. En outre, les techniques de recherche utilisées dans le marketing peuvent parfois s'appliquer aux études relatives à la sensibilisation antitabac. On évitera donc de réinventer la roue, et on adaptera dans toute la mesure du possible les données, méthodes et instruments de recherche qui existent. On économisera ainsi des ressources, du temps et des efforts.

- Communiquer les résultats de façon stratégique. Les conclusions seront formulées de manière à répondre à la question de politique qui suscite directement la recherche. Pour présenter les résultats, on délivrera un message centré sur les sujets concernés, en faisant en sorte de toucher directement les publics cibles visés – en général, les médias et les décideurs politiques (on trouvera au Chapitre 8 des conseils en matière de communication efficace).
- Mettre l'information au service d'initiatives politiques spécifiées. Le succès de la recherche visant à la sensibilisation se mesure en dernière analyse par la contribution de ses résultats à un changement définitif du climat politique ou législatif en faveur de la lutte antitabac.

COMPRENDRE LES MÉCANISMES D'ÉCHANGE D'INFORMATIONS

Échanger les informations en temps voulu est vital dans la réussite de toute stratégie de recherche visant à modifier les politiques. Dans les pays où le programme antitabac est de création récente, la compréhension des données relatives à la lutte antitabac et la traduction de ces données dans la formulation de politiques effectives dépendront largement de l'accès à des informations détenues par les contreparties locales, régionales et mondiales. Les articles publiés constituent en général la pointe du triangle de l'information (Figure 1). Ce qui implique que les personnes engagées dans la lutte antitabac, et notamment le PNAT, aient accès aux revues ou bases de données. Dans certains pays en développement aux ressources limitées, les abonnements peuvent sembler coûteux. Cependant, certaines revues comme *Tobacco Control* offrent un accès électronique gratuit aux ressortissants de pays en développement *(15)*. À la base du triangle, on trouvera parfois des bases de données ou rapports de recherche importants mais non publiés. Il existe donc un important besoin d'établir un registre de la recherche sur le tabac, afin de rendre accessibles à la fois l'information et les commentaires à son égard.

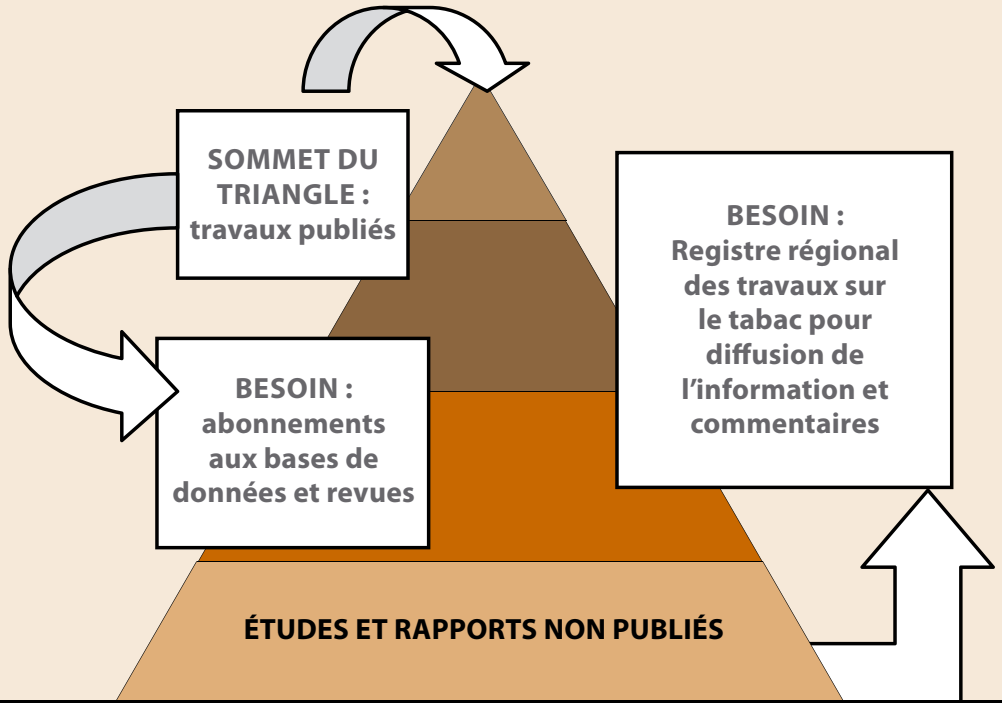
Voici quelques-uns des obstacles possibles à l'échange d'informations sur le tabac dans les pays en développement, qui contribuent à appauvrir la publication des recherches :

- Recherche
  - manque de financements
  - insuffisance d'appui technique et de formations
  - faible nombre des tuteurs ou mentors
- Publication
  - la langue anglaise constitue parfois un obstacle

  - incertitudes quant aux orientations de la revue
  - autres besoins et questions de sensibilisation qui empiètent sur le temps d'écriture
- Accès à l'information
  - mauvaises conditions de travail
  - communications aléatoires
  - pas d'accès à l'Internet
- Contraintes politiques
  - industrie du tabac soutenue par le gouvernement
  - désir de minimiser ou de gonfler les statistiques des victimes du tabac
  - priorités de santé concurrentes

L'accès à l'information sur la lutte antitabac est essentiel pour appuyer les programmes antitabac existants. L'information confère un pouvoir : en principe, un flux continu d'informations devrait s'établir entre pays développés et en développement afin d'assurer un avenir meilleur à la recherche pour la lutte antitabac, et d'améliorer les chances qu'aura l'information scientifique de conduire à des politiques de santé bénéfiques. Les médias électroniques peuvent contribuer à résorber la fracture de l'information entre pays développés et en développement, même si le développement des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les pays à faibles revenus peut être lent dans les premiers temps. On peut s'attendre à ce que l'accès à la Toile mondiale se généralise

Figure 1. **Le triangle de l'information sur la lutte antitabac au niveau régional**


SOMMET DU TRIANGLE : travaux publiés
BESOIN : Registre régional des travaux sur le tabac pour diffusion de l'information et commentaires
BESOIN : abonnements aux bases de données et revues
ÉTUDES ET RAPPORTS NON PUBLIÉS

très rapidement dans les prochaines années. L'information devrait normalement circuler dans les deux sens, car l'expérience des pays en développement est riche de perspectives et d'enseignements. L'exploitation de l'Internet pourrait favoriser la diffusion universelle de l'information, à mesure que les pays et régions créeront des réseaux gratuits d'échanges d'informations sur la lutte antitabac.

Modèles d'échanges de recherches et d'informations

Il existe en ligne plusieurs groupes de discussion, listes de diffusion et forums, ainsi que des centres d'échange d'informations, auxquels les agents nationaux de la lutte antitabac peuvent se joindre à condition de disposer de l'équipement nécessaire et d'un accès à l'Internet. On en trouvera trois exemples aux Encadrés 6, 7 et 8.

Mettre en place un centre d'échange d'informations sur la lutte antitabac

Des pays de différentes parties du monde, que rapprochent des liens géopolitiques ou des traditions culturelles, pourront trouver utile de mettre en place un centre d'échange d'informations sur le tabac correspondant spécifiquement à leurs besoins. C'est tout à fait possible, pour peu que l'on dispose des compétences techniques et des ressources financières nécessaires; les principales étapes pour ce faire sont énumérées à l'Encadré 9.

Le centre d'échanges devrait utiliser des sources de référence classées comme préprimaires, primaires, secondaires et tertiaires. Les ressources humaines pourront regrouper des membres des institutions publiques, des ONG, des institutions universitaires et d'organisations privées. Il faudra établir un système d'indexation, de catalogage et de balisage des ressources. On devra fournir une description claire de la forme sous laquelle elles se présentent (c'est-à-dire vidéo, audio ou texte). Enfin, après examen systématique des documents, l'information pourra être approuvée et mise à la disposition des utilisateurs cibles.

Encadré 6. GLOBALink

GLOBALink, site de l'Union internationale contre le cancer (UICC), est sans doute actuellement le plus connu des réseaux antitabac en ligne *(14)*. Il dessert plus de 3900 membres dans 133 pays du monde (décembre 2003). Le site offre aux professionnels de la lutte antitabac (militants, enseignants, juristes, responsables politiques, chercheurs, spécialistes du sevrage) des occasions de travailler en réseau, d'échanger des idées et de se procurer des informations.

GLOBALink permet à ses membres de rechercher les informations et analyses les plus récentes et les plus précises sur la lutte antitabac, en leur donnant la possibilité d'échanger des renseignements avec des sommités de la lutte antitabac et d'accéder à des recherches spécifiques, comprenant des publications, directives et rapports.

Outre l'information et la mise en réseau, GLOBALink propose une large gamme d'autres services :

- pétitions, coordination de campagnes (petitions.globalink.org);
- agendas, répertoires, bases de données;
- accès à des liens vers d'autres sites antitabac (www.tobaccopedia.org);
- moteurs de recherche spécialisés dans l'exploration des documents de l'industrie du tabac;
- hébergement gratuit de sites Web (www.localink.org) :GLOBALink héberge actuellement plus de 150 sites Web antitabac, dont le site Tob*Info* (www.tobinfo.org), bien connu pour les pays d'Europe centrale et orientale ainsi que dans les nouveaux États indépendants (en anglais et en russe);
- enseignement à distance (www.tobaccoAcademy.org).

GLOBALink évolue avec les besoins de ses membres. Étant donné qu'il existe un réel besoin de partenariats au sein de la communauté scientifique antitabac, *GLOBALink Research* a été lancé début 2003. Le site assure une information sur la recherche et héberge des groupes de discussion; il devrait servir de système central dans le Global Tobacco Research Network, projet de la Johns Hopkins University.

L'action de GLOBALink pour réunir les communautés antitabac lui a valu plusieurs récompenses, parmi lesquelles le prestigieux Luther Terry Award dans la catégorie Organisations antitabac remarquables (2003), ainsi que la médaille Tabac ou Santé de l'OMS (1997).

Source : *(17)*

Encadré 7. International Agency on Tobacco or Health

L'International Agency on Tobacco or Health [Agence internationale sur le tabac ou la santé] (IATH) est un organisme caritatif de santé publique original, enregistré au Royaume-Uni, destiné à appuyer les partisans de la lutte antitabac dans les pays aux ressources limitées. La plupart des organisations qu'épaule l'IATH subissent un manque de fonds, surtout en devises, qui leur interdit d'accéder à des moyens de communication absolument indispensables que leurs contreparties dans les pays industrialisés considèrent comme allant de soi : conférences internationales, accès par ordinateur à l'Internet et au courrier électronique, et même abonnements à des revues, sont tout simplement hors de leur portée. L'envoi mensuel de l'IATH (comprenant son bulletin d'actualités et d'autres matériels utiles) leur permet de se tenir au courant de toutes les principales questions de la lutte antitabac, et son service de conseils à la demande les aide à résoudre des problèmes spécifiques. L'IATH mène également toute une gamme d'actions visant à réduire la charge des maladies provoquées par le tabac, notamment par des consultations en matière de politiques, des formations, des cours et des documents.

L'envoi mensuel de l'IATH à tous ses contacts est au centre de son service d'information. Son principal élément est un bulletin d'actualités qui traite des évolutions scientifiques, des dernières législations antitabac, des nouvelles tactiques de marketing employées par l'industrie du tabac, des actions en justice, des nouveautés en matière de sevrage, et d'autres sujets importants partout dans le monde.

Outre ce bulletin, l'envoi comprend différents matériels qui présentent un intérêt pour les organismes nationaux antitabac : par exemple des fiches d'information sur le tabagisme et certaines maladies; des notes concernant des aspects précis des politiques antitabac; des notes sur le sevrage; ou des textes sur la lutte antitabac, affiches ou autres matériels éducatifs.

L'IATH propose en outre à ses contacts un service de conseils à la demande. Les demandes les plus courantes portent sur les possibilités locales de changements législatifs et de politiques, et sur la façon de riposter aux stratagèmes de marketing et aux manœuvres de lobbying de l'industrie du tabac. Dans ses réponses à ces demandes, l'IATH peut s'appuyer sur une large gamme d'informations et un réseau étendu de correspondants dans le monde entier, afin d'apporter une aide et des conseils pratiques.

L'IATH propose gratuitement ses principaux services à un certain nombre d'organismes "contacts", qui peuvent être des institutions publiques de santé, des ONG telles que les associations contre le cancer et les maladies cardiaques et respiratoires, des associations de consommateurs, ou des groupes antitabac actifs. En août 2003, l'IATH comptait 265 organismes contacts dans 118 pays.

Source : *(18)*

Encadré 8. The Clearinghouse for Tobacco Control (C-TOB)

Ce centre d'échange d'informations a été créé par le centre national anti-poisons de l'Universiti Sains Malaysia (USM), grâce à une subvention de la Rockefeller Foundation. Il s'agit d'un site Web *(15)* qui regroupe une documentation à base factuelle sur le tabac ainsi que des synthèses, résumés et comparaisons; il s'adresse aux professionnels des soins de santé, aux responsables des PNAT, aux militants antitabac et au grand public, et s'efforce d'offrir des services en différentes langues afin de faciliter les échanges d'informations, tout en prévoyant une communication et un enseignement interactifs.

Le C-TOB propose les services suivants :

- il distribue des matériels antitabac gratuits ou de faible coût, puisés dans une collection rassemblée de façon systématique;
- il collecte également de façon systématique des ressources culturellement diverses concernant la prévention, les interventions et les traitements, ressources spécialement conçues à l'usage des parents, enseignants, jeunes, communautés et professionnels de la prévention et du traitement;
- Il personnalise les requêtes, sous forme de bibliographies annotées issues de bases de données concernant les substances dépendantogènes et le tabac;
- Il propose un système électronique d'échange d'informations sur le tabac entre les pays du Sud-Est asiatique en particulier, et le reste du monde en général;
- Il élabore et met en œuvre un système de gestion électronique des contenus, permettant de manipuler des documents d'information sur le tabac, notamment des fiches de données, brochures, dépliants, monographies, affiches et bandes vidéo;
- Il publie un bulletin électronique traitant des derniers documents antitabac et proposant des articles d'intérêt particulier pour les pays en développement;
- Il a constitué un réseau de spécialistes et d'organisations visant à appuyer la création d'un centre de données et d'informations systématiques sur les activités et recherches concernant le tabac;
- Il offre un soutien technique aux pays dans la conception, la planification et la mise en œuvre de programmes antitabac correspondant précisément à leur situation et à leurs besoins particuliers;
- Il coordonne des programmes de bourses de formation en matière de gestion de l'information antitabac.

Encadré 9. Créer un centre d'échange d'informations en ligne sur le tabac : les principales étapes

1. Constituer un comité de lecture : local, régional et international :
   - recherche des documents pertinents
   - compilation des documents
   - examen des documents
   - résumé des contenus
   - diffusion de l'information
2. Créer une base de données en ligne sur la recherche antitabac.
3. Demander aux utilisateurs de s'enregistrer, avec nom d'utilisateur et mot de passe.
4. Catégoriser les utilisateurs :
   - réception des requêtes
   - service de récupération des documents
5. Constituer et appuyer la communauté virtuelle.

COMMUNIQUER LES ÉLÉMENTS À L'APPUI DE LA LUTTE ANTITABAC

La recherche sur la lutte antitabac devra communiquer aux principales parties des données qui incitent à l'action. Il faudra pour cela instaurer un mécanisme permettant de promouvoir l'échange d'informations antitabac en vue d'obtenir les changements nécessaires. Il existe différents moyens pour faire en sorte que les nouveaux éléments relatifs au tabac soient communiqués au moment voulu et de façon efficace aux publics visés. La question est traitée en détail au Chapitre 8.

À titre d'exemple, le Clearinghouse for Tobacco Control et la Southeast Asia Tobacco Control Alliance ont accueilli un séminaire sur la communication des éléments pour la lutte antitabac *(16)*. Au cours des débats, les parties à la lutte antitabac ont pu découvrir les moyens d'utiliser les résultats de la recherche pour appuyer et promouvoir les interdictions pesant sur le marketing du tabac. Le séminaire a permis de former les chercheurs et militants antitabac à mieux communiquer les acquis de la recherche aux responsables politiques, au public et à la société civile. Dans le même temps, on a pu présenter aux responsables politiques les éléments disponibles et l'expérience de pays qui appliquent avec succès des stratégies antitabac.

CONCLUSION

Il y a plus de trente ans que l'OMS et le Surgeon General du United States Public Health Service ont publié des rapports sur les effets néfastes de l'usage du tabac pour la santé. La tonalité et le contenu de ces rapports se sont modifiés au cours du temps. Dans les premiers temps, les aspects épidémiologiques et biologiques de l'usage du tabac devaient faire l'objet d'un examen critique. Les effets délétères en sont aujourd'hui bien connus, et les rapports ont commencé à s'intéresser aux conséquences sociales, économiques et culturelles de ces effets, et aux mesures à prendre pour les résorber. Cependant, l'immense tâche qui consiste à maîtriser l'épidémie de tabagisme exige toujours la plus grande attention et une coopération mondiale. On peut espérer que la traduction des recherches en politiques et la création de mécanismes d'échange d'informations allègera les interrogations initiales de ceux qui commencent à peine à lutter contre le tabagisme, tout en renforçant l'action de ceux qui l'ont entrepris depuis bien longtemps. En dépit des obstacles, l'optimisme et la persévérance devront prévaloir, car les coûts de l'épidémie de tabagisme seront insupportables si rien n'est fait à cet égard.

Références

1. Micozzi MS. Recension de: The Nazi War on Cancer. *New England Journal of Medicine*, 1999, 341:380–381.

2. Levin M, Goldstein H, Gerhardt PR. Cancer and Tobacco Smoking. *Journal of the American Medical Association*, 27 mai 1950, 336–338.

3. Wynder EL, Graham EA. Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchiogenic Carcinoma : A Study of 684 Proved Cases. *Journal of the American Medical Association*. 27 mai 1950, 143:539–542.

4. DollR, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits. A preliminary report. *British Medical Journal*, 1954, 228(i):1451–55.

5. *Smoking and Health*. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service, 1964.

6. National Research Council. *Environmental Tobacco Smoke : measuring exposures and health effects.* Washington DC, National Research Council,1986.

7. Centre international de recherche sur le cancer. *Passive smoking and cancer in Europe*, Lyon, IARC, 1998.

8. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Cancer's second-hand smoke study. *Lancet*, 2000, 355 (9211):1253–1259.

9. Research for International Tobacco Control. *Tobacco Control Policy : Strategies, Successes and Setbacks*. Washington, DC, Banque mondiale, 2003.

10. *Investing in health research and development. Report of the ad hoc committee on health research relating to future intervention options.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996.

11. Baris E et al. Research priorities for tobacco control in developing countries: a regional approach to a global consultative process. *Tobacco Control*, 2000, 9:217–223.

12. Efroymson D. *PATH Canada Guide: Low Cost Research for Advocacy*. PATH Canada, août 2002, Dacca, Bangladesh. Site Web : http://wbb.globalink.org/public/Eng_res_Guide.pdf

13. *Maîtriser l'épidémie. L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000 (Le Développement à l'œuvre)

14. Jha P, Chaloupka F. *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford University Press, 2000.

15. Communication écrite de M. Simon Chapman, Directeur de *Tobacco Control*, 20 décembre 2003.

16. GLOBALink (http://www.globalink.org/).

17. Communication écrite de M. Ruben Israel, GLOBALink, 7 janvier 2004.

18. Communication écrite de M. David Simpson, Directeur, International Agency on Tobacco or Health, 7 janvier 2004.

19. Clearinghouse for tobacco control. National Poison centre, Universiti Sains Malaysia. Site Web: http://www.prn2.usm.my/main.asp

20. *Communicating the evidence for tobacco control myths and facts 2002*. Clearinghouse for tobacco control, Universiti Sains Malaysia, 2002.

Outils pour poursuivre la lutte antitabac au 21e siècle :

Guide pour la mise en place de l'action antitabac

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Initiative pour un monde sans tabac

Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale

Genève

septembre 2006

ISBN 92 4 254658 3